



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA PELA DESALGALIAÇÃO PRECOCE NO IDOSO HOSPITALIZADO

Maria do Rosário Santos Ferreira Correia

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA PELA DESALGALIAÇÃO PRECOCE NO IDOSO HOSPITALIZADO

Maria do Rosário Santos Ferreira Correia

**Relatório de Estágio Orientado pela
Sr.^a Prof. M^a Graça Melo**

2012

“Deve-se agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo”

Hesbeen, 2000

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos que permitiram e colaboraram ao longo deste percurso não é tarefa fácil. É difícil escolher quem mencionar, porque de uma forma ou de outra, são muitos os amigos que contribuíram com a sua amizade e por esse motivo gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

À Sr.^a Prof. Graça Melo, orientadora deste relatório, pela sua compreensão, sabedoria e exigência, que me permitiram a sua conclusão, bem como o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas orientadoras de estágio Sr.^a Enf. M^a Dores Martins e Sr.^a Enf. Ester Marques, pelo seu empenho, dedicação e orientação.

Ao Sr. Prof. Dr. Henrique Bicha Castelo pelo apoio e pela autorização para a implementação do projecto no serviço de Cirurgia II.

A toda a equipa de saúde do serviço de Cirurgia II, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, pela sua colaboração, tão importante e crucial para a implementação e execução deste projecto e também por permitir a sua continuidade.

Não poderia deixar de dedicar este relatório aos amores da minha vida, Helder e André, pois sem eles e sem o seu apoio, todo este percurso não teria sido possível. Pelo seu sorriso, palavras de coragem e paciência nos momentos difíceis.

A nível pessoal foi sem dúvida muito importante conhecer a Dulce, acredito profundamente que durante este percurso construímos uma amizade que será para a vida. O seu apoio e palavras de coragem nos momentos difíceis e a sua alegria em cada etapa ultrapassada foram fundamentais.

Por ultimo, mas não menos importantes, aos meus pais e aos meus sogros, pelo “sacrifício” das suas vidas pessoais durante este percurso para me apoiarem não só a mim, mas também ao meu marido e filho. Por todo o carinho que permitiu atenuar as saudades que sentiram durante as minhas ausências.

RESUMO

O envelhecimento da população constitui actualmente um factor de preocupação a nível mundial. Os idosos como grupo populacional são grandes consumidores de cuidados de saúde, com características específicas que os diferencia de outros grupos populacionais. Será então do interesse de todos, inclusive das equipas de saúde, compreender as especificidades deste grupo, pela sua fragilidade e vulnerabilidade, no sentido de promover cuidados de qualidade para os mesmos e investir na formação de enfermeiros especialistas na área de saúde do idoso.

Assim, a fragilidade própria deste grupo populacional, contribui significativamente para o aumento do risco de adquirir uma infecção associada aos cuidados de saúde (IACS), podendo ser fatal, o que por si só justifica a importância de um projecto ao nível da sua prevenção.

Neste sentido, foi implementado um projecto, num serviço de cirurgia geral, com a principal finalidade de contribuir para a prevenção da infecção urinária no idoso hospitalizado, pela desalgaliação o mais precocemente possível.

Este projecto preconiza a formação e educação de uma equipa de saúde no sentido de obter uma melhoria dos cuidados ao nível da prevenção da IACS, nomeadamente infecção urinária associada à presença de um cateter urinário. Com a introdução de um sistema de “lembrete” promoveu-se a reflexão diária da necessidade de manter uma algaliação bem como os cuidados inerentes à manutenção de um cateter recomendados pelas *guidelines* internacionais.

A algaliação e respectivos cuidados com a manutenção de um cateter urinário pertencem uma área de actuação predominante da equipa de enfermagem sendo por isso da sua responsabilidade a implementação de medidas que reduzam a incidência da infecção urinária associada ao cateter urinário (CAUTI). Esta não deve ser vista como um acto banal, sendo de extrema importância o desenvolvimento de estratégias para a prevenção da CAUTI, que no idoso pode ser mortal.

Este projecto tem então como objectivo geral:

Implementar um projecto de prevenção de infecção urinária no idoso hospitalizado, pela desalgaliação precoce, num serviço de Cirurgia do CHLN-HSM.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa; Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; Infecção urinária pela cateterização (CAUTI); Idoso Hospitalizado

ABSTRACT

Population ageing is nowadays a cause of worldwide concern. The elderly as a population group, are major healthcare consumers whose specificities set them apart from other population groups. It is therefore in everyone's interest, healthcare providers included, to understand its specificities, his fragility and vulnerability, in order to promote high quality care and to invest on the training of specialist nurses in the health of the elderly.

The elderly's very fragility contributes significantly to an increased susceptibility to healthcare-associated infections (HAIs), which can be fatal, and justify measures aimed at their prevention.

In this sense, a project was implemented in a general surgery service, with the main purpose of contributing to the prevention of urinary tract infections in hospitalized elderly, by means of removing indwelling catheters as early as possible.

This project calls for the training and education of a health team in order to obtain an improvement of care in the prevention of HAIs, including urinary tract infection associated with the presence of a urinary catheter. A "reminder" was introduced to promote both daily assessment of the need to keep a patient catheterized, as well as adequated maintenance care in accordance with international guidelines.

Nurse practioners are chiefly responsible for urinary catheterization and its maintenance; consequently they are also responsible for setting up measures that reduce the incidence of urinary tract infections associated with urinary catheterization, wich ought not to be regarded as a triviality, but instead as something of extreme importance wich may prevent a potentially fatal situation when it comes to the elderly.

Project main goal:

Implementing a prevention project of urinary tract infection in hospitalized elderly, by the removing indwelling catheters as early as possible, in the surgery service of CHLN-HSM.

Key-Words: Elderly; Healthcare-Associated Infections; Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI); Hospitalized Elderly

SIGLAS e ABREVIATURAS

CAUTI – Infecção do Tracto Urinário pela Cateterização

CEI – Comissão de Ética da Investigação

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direcção Geral Saúde

HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

HSM – Hospital Santa Maria

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção Tracto Urinário

NHS – Institute for Innovation and Improvement

NICHE – Nurses Improving Care for HealthSystem Elders

OE – Ordem dos Enfermeiros

QI – Quality Improvement

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
3.1 Pessoa idosa e infecção urinária	19
3.2 Pessoa idosa hospitalizada	21
3.3 Pessoa idosa hospitalizada e infecção urinária	23
3.4 Papel do enfermeiro na prevenção da ITU associada à algaliação no idoso hospitalizado	27
4. PLANEAMENTO/EXECUÇÃO	31
4.1 Procedimentos formais	32
5. PERCURSO ESTÁGIO EFECTUADO	33
5.1 Estágio Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar	33
5.2 Estágio serviço de Cirurgia II	36
5.2.1 Resultados da monitorização	45
6. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	47
7. LIMITAÇÕES / CONSTRANGIMENTOS	49
8. PERSPECTIVAS FUTURAS	51
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS / REFLEXÃO	52
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	62
APÊNDICES	63

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no contexto da Unidade Curricular Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O Estágio acima referido teve o seu início a 3 de Outubro de 2011 e o seu término a 17 de Fevereiro de 2012, sendo que, de 3 a 14 de Outubro realizou-se no serviço de Comissão de Controlo Infecção Hospitalar (CCIH) de Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) – Hospital de Santa Maria (HSM) e de 17 de Outubro a 17 de Fevereiro de 2012 no Serviço de Cirurgia II do mesmo Centro Hospitalar (ANEXO I).

No âmbito do mestrado supracitado e tendo em conta os seus objectivos foi considerado o desenvolvimento de um projecto na disciplina de Opção II, na área da prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) no idoso algaliado. No seu desenvolvimento tive em conta a metodologia de projecto que para Ruivo e Ferrito (2010) se define como uma “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”.

De acordo com o INE (2011) os resultados dos CENSOS do mesmo ano “a população idosa (com 65 anos ou mais), aumentou cerca de 19,4%”, reforçando a ideia do “fenómeno duplo do envelhecimento da população” que se caracteriza pelo aumento da população idosa e redução da população jovem, facto que justifica a necessidade de reforçar as equipas de enfermagem com enfermeiros especialistas em geriatria, tendo como principal objectivo a excelência dos cuidados ao idoso e família.

Com o envelhecimento populacional, é de interesse das equipas de saúde, compreender os processos patológicos dos idosos, pela sua vulnerabilidade e fragilidade. A hospitalização do idoso acontece normalmente devido a situações agudas, seja pela agudização de alguma doença crónica ou pelo surgimento de outra doença, sendo que as várias patologias associadas vão contribuir muitas vezes para o prolongamento do internamento e consequentemente aumentar a susceptibilidade para o aparecimento da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS).

Segundo a WHO (2002) a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é

“uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava

presente ou em incubação no momento da admissão. Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as infecções adquiridas pelos profissionais, relacionados com a prestação de cuidados (ocupacionais)”.

AS IACS são actualmente um foco fundamental nas políticas institucionais e de saúde, uma vez que não são só um resultado primário de lapsos inaceitáveis na qualidade dos cuidados, mas também porque contribuem frequentemente para o reinternamento dos pacientes. Estes reinternamentos elevam grandemente os custos na saúde (BOWLS et al, 2011).

Como já ficou implícito anteriormente, a população idosa constitui um grupo populacional com especificidades que os diferencia de outros grupos populacionais. Sendo assim, a fragilidade e vulnerabilidade próprias deste grupo populacional devem ser definidas para que o possamos compreender melhor. A fragilidade no idoso trata-se de um estado não específico de vulnerabilidade do mesmo e que reflecte a mudança fisiológica dos múltiplos sistemas. Esta nem sempre implica a presença de doença e por esse motivo este grupo populacional é muitas vezes considerado frágil, devendo sempre ser tido em conta todos os factores inerentes aos idosos, como os psicológicos, cognitivos e sociais, porque vão interferir no seu tratamento. Estes factores reflectem uma reserva funcional reduzida e consequentemente uma diminuição da capacidade de adaptação à mudança (FULOP et al, 2010).

A vulnerabilidade no idoso surge então, “associada à noção de agentes de stress (acontecimentos de vida negativos, inesperados, entre outros), os quais podem ter efeitos deletérios, patogénicos” (FRAGOEIRO, 2004). Ao reflectir sobre a vulnerabilidade no idoso, devemos então ter em conta as suas condições ambientais e pessoais, uma vez que estas vão interferir no processo de envelhecimento e consequentemente determinar a maior ou menor vulnerabilidade do mesmo a factores adversos e geradores de situações de stress, como a hospitalização.

O número de medicamentos prescritos também contribuem grandemente para o aumento do risco de complicações iatrogénicas como os efeitos adversos a medicamentos, quedas, infecções hospitalares, zonas de pressão, delírio e complicações relacionadas com cirurgia (PERMPONGKOSOL, 2011).

Esta fragilidade própria do idoso contribui de uma forma significativa para o aumento do risco de adquirir uma IACS durante o período de hospitalização, podendo mesmo ser fatal, uma vez que este se encontra mais susceptível pelas alterações

fisiológicas do envelhecimento, diminuição da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos (SIQUEIRA et al, 2004).

Daqui advém a extrema importância da prevenção da IACS em meio hospitalar e consequentemente a implementação de um projecto nesta área.

Na maioria das vezes, a equipa de enfermagem não está familiarizada com os problemas que afectam o idoso. Será de extrema importância investir na formação e capacitação das equipas de saúde, nomeadamente de enfermagem, uma vez que esta ocupa uma posição privilegiada, acompanhando o doente idoso nas 24 horas, no sentido de prevenir iatrogenias desnecessárias.

Com o aumento da esperança média de vida existe uma tendência para aumentar o número de idosos hospitalizados, sendo mais imperativo que nunca a formação de enfermeiros especialistas em geriatria. Estes têm competências específicas no cuidar do idoso hospitalizado, que visam aprimorar os cuidados de uma forma sistematizada e individualizada. A prevenção e controlo da IACS é actualmente um importante foco de intervenção do enfermeiro, principalmente na população idosa, no sentido de reduzir taxas de mortalidade, internamentos prolongados, promovendo a sua recuperação. Examinar as percepções do ambiente de cuidados geriátricos em diferentes contextos de cuidados é o primeiro passo para determinar onde a mudança ou a educação é mais necessária, no sentido de garantir melhor qualidade nos cuidados a idosos (MACKENZIE et al, 2011).

Tive como referência ao longo deste percurso de implementação de projecto, o Modelo Teórico de Virginia Henderson, que tem como base a Teoria dos Sistemas e como escola de pensamento a Escola das Necessidades. Aqui a Pessoa é considerada como um todo individual e mais do que a soma das partes, o indivíduo é bio-psico-social, espiritual e cultural (mente e corpo inseparáveis) que sofre influências do ambiente que o rodeia através de estímulos positivos e/ou negativos (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Assim, foi definida como finalidade para a implementação deste projecto:

- ✚ Desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Pessoa Idosa), nomeadamente a nível da prevenção da infecção urinária associada aos cuidados de saúde no doente idoso hospitalizado e algaliado.

O presente relatório foi estruturado da seguinte forma: a seguir à introdução faço uma breve apresentação do projecto com o diagnóstico da situação. Em seguida o enquadramento conceptual e teórico do tema em estudo, a prevenção da infecção urinária pela desalgiação precoce no idoso hospitalizado; o capítulo seguinte apresenta o planeamento do projecto, dando a conhecer os objectivos geral e específicos do referido projecto, bem como do percurso efectuado ao longo do período de estágio. Finaliza-se com as limitações e perspectivas futuras onde se faz também uma reflexão final como conclusão.

1.DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Enquanto enfermeira coordenadora de uma enfermaria de Cirurgia Geral, presto cuidados a um elevado número de doentes idosos. O interesse pela prevenção das IACS vem dos desafios diários na minha prática de cuidados. Como enfermeira de ligação da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) do HSM – CHLN, faz parte das minhas funções em articulação com a mesma gerir os vários focos de infecção no serviço com o objectivo de promover um ambiente seguro.

Henderson (2007) refere mesmo que o enfermeiro tem o dever de “ajudar o doente a evitar perigos no ambiente e proteger outros de perigos potenciais, causados por ele, tais como infecções e violência.”

Observo diariamente que a algaliação é muitas vezes considerada um acto banal não existindo sensibilização da equipa para os múltiplos riscos decorrentes da mesma, bem como a sua manutenção mesmo quando já não é necessária. Também não existe uma avaliação sistematizada da necessidade de manter um doente algaliado.

O interesse pela temática deste projecto (prevenção da infecção urinária pela desalgaliação precoce no idoso hospitalizado), surgiu das vivências diárias como enfermeira de ligação da CCIH. Ao aprofundar os meus conhecimentos acerca do tema compreendi a sua pertinência no âmbito da população idosa.

Assim, após reflexão e análise sobre o tema/problema penso que a sua concretização terá pertinência a vários níveis nomeadamente, enriquecimento e sensibilização da equipa multidisciplinar ao nível da IACS/CAUTI, melhoria na qualidade dos cuidados, segurança dos doentes, bem como na aquisição de competências como enfermeira especialista.

Optei por um projecto que se direcciona para a desalgaliação precoce, porque, tendo em conta o contexto onde vai decorrer, Cirurgia Geral, o doente submetido a cirurgia vem habitualmente algaliado do bloco. As algaliações realizadas no serviço acontecem normalmente por retenção urinária, sendo que estes doentes são rapidamente desalgaliados.

Segundo Ruivo e Ferrito (2010) a fase de diagnóstico de situação “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar”.

Para o aprofundamento de conhecimentos e realização do diagnóstico da situação, delimitei as seguintes questões de partida:

✚ Qual a percentagem de idosos no serviço de cirurgia II (CHLN – HSM) num período de tempo mínimo de 6 meses?

✚ Qual a percentagem de doentes algaliados no serviço de cirurgia II (CHLN – HSM) num período de tempo mínimo de 6 meses?

✚ Quais foram os motivos da algaliação dos doentes? Quanto foi o tempo de algaliação dos doentes?

O serviço de Cirurgia II (CHLN - HSM) tem capacidade para 61 doentes (51 doentes enfermaria e 8 doentes SO).

No sentido de conhecer o número de doentes idosos no serviço supracitado, procedi ao levantamento da população no período de Outubro de 2010 a Março de 2011. Assim, foram internados nesse período de tempo, 1194 doentes. Destes 593 (49,6%) tinham idade superior a 65 anos.

Referindo-me a estes 593 doentes, 385 (65%) têm entre 65 e 74 anos, 148 (25%) têm entre 75 e 84 anos e 60 (10%) mais de 85 anos.

Depois de pesquisar 416 processos de doentes, verifiquei que 221 doentes (53%) foram algaliados pelos seguintes motivos: 90% por cirurgia major (198 doentes), 9% por retenção urinária (19 doentes) e 1% corresponde a vigilância das características da urina (1 doente) e algaliação por motivos desconhecidos (3 doentes).

O tempo de algaliação dos doentes no referido período de tempo variou de 1 dia a 106 dias, sendo que 54 doentes estiveram algaliados 2 dias, a maioria dos doentes algaliados (173 doentes) estiveram algaliados num período de 2 a 8 dias, 89 doentes estiveram algaliados por um período superior a 5 dias e finalmente destes últimos 21 doentes estiveram algaliados por um período superior a 14 dias.

Será pertinente referir que, como nos dizem os valores anteriores, tivemos um doente algaliado 106 dias, que segundo a evidência científica este tempo de algaliação levaria a uma bacteriemia/septicemia grave. Tratou-se de um doente com 70 anos que por uma hérnia umbilical encarcerada e múltiplas comorbilidades, desenvolveu um quadro de peritonite grave. Foi submetido a uma enterectomia segmentar de urgência, mas no pós-operatório a sua situação foi-se agravando, tendo entrado em choque séptico com falência multiorgânica, acabando por não resistir.

Tendo em conta a literatura no que se refere à relação entre o tempo de permanência da algália e a presença de infeção urinária, 89 doentes estiveram algaliados por um período igual ou superior a 5 dias (risco de bacteriúria) e cerca de 21 doentes estiveram algaliados num período igual ou superior a 14 dias (risco de bacteriémia), levando ao aumento do risco de sepsis.

Deste modo é de extrema importância o desenvolvimento de estratégias para a prevenção da infeção urinária num doente idoso algaliado, evidenciando um dos múltiplos papéis do enfermeiro especialista na liderança de uma equipa de prestação de cuidados tendo em conta a sua área de especialização.

Ao serem desenvolvidas estratégias para a prevenção da CAUTI, nomeadamente pela desalgaliação o mais precocemente possível estaremos a desenvolver um ambiente de trabalho onde a qualidade dos cuidados é imperativa.

Bernard, Hunter e Moore (2012) referem nos seus trabalhos que “devem ser desenvolvidas estratégias para garantir que os cateteres são utilizados somente quando indicados e apenas enquanto forem necessários.”

São vários os estudos que demonstram uma relação directa entre o aumento do tempo de internamento e a IACS. No seu estudo El-Awady et al (2010) mostrou que “os pacientes que adquiriram infeção hospitalar tiveram um prolongamento do seu período de internamento (mais de 7 dias) em comparação com pacientes que não adquiriram infeções”.

Não encontrando referências do impacto económico das IACS em Portugal e para ter alguma noção a esse nível refiro-me em seguida a um estudo realizado em Inglaterra para o NHS (Institute for Innovation and Improvement), acerca das acções de grande impacto no combate à infeção. Assim, Rowley, Ruffell e Beer (2010) dizem-nos que “as infeções urinárias associadas ao cateter urinário (CAUTIs) representam cerca de 35% de todas as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e reduzir o seu número poderia segundo o NHS (Institute for Innovation and Improvement) economizar-se cerca de 124 milhões de £ e 798 mil dias de cama por ano”.

No momento do levantamento de dados para a realização do diagnóstico da situação, foram realizadas várias abordagens à equipa multidisciplinar, nomeadamente Sr.^a Enf. Chefe, Sr. Prof. Dr. e Director de Serviço, equipa de enfermagem e equipa médica, no sentido de perceber, de uma forma mais generalizada, a aceitação dos mesmos a um projecto de intervenção ao nível da prevenção da IACS. Houve vários indicadores que me fizeram perceber que o projecto iria ser bem recebido no serviço.

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual permite a construção de uma base de trabalho, expressar de uma forma mais descritiva os pressupostos de uma Teoria, tão importantes para a qualidade dos cuidados em enfermagem.

Durante o percurso de implementação deste projecto apoiei-me no Modelo Teórico de Virginia Henderson.

Na sua teoria, Virginia Henderson valoriza a individualização da Pessoa, dando assim grande importância às Necessidades do Homem, pertencendo a sua teoria à Escola das Necessidades.

Com a sua obra “Principles and Practice of Nursing”, publicada pela primeira vez em 1955, Virginia Henderson define pela primeira vez a enfermagem, mas ao longo dos anos, foram várias as influências sofridas, entre outros, o psicólogo Dr. Thorndike, com os seus trabalhos sobre as necessidades fundamentais do ser humano, o Dr. Stackpole, que dava especial atenção à fisiologia celular bem como a teoria dos sistemas de Maslow (FITZPATICK e WHALL, 1983).

O modelo teórico de Virginia Henderson preconiza que todas as pessoas possuem necessidades fundamentais para a manutenção da vida e da saúde, sendo independentes na sua satisfação ao longo da vida. A não satisfação destas Necessidades Humanas Básicas leva à doença, pois o equilíbrio homeostático depende das respostas às mesmas. A Saúde é então apresentada como a capacidade de satisfação de todas as necessidades humanas fundamentais. As 14 necessidades humanas básicas definidas por Henderson, e que constituem os componentes dos cuidados básicos da enfermagem são:

1. Respirar normalmente
2. Comer e beber adequadamente
3. Eliminar por todas as vias de eliminação
4. Deslocar-se e manter uma postura desejável
5. Dormir e descansar
6. Selecionar as roupas adequadas – vestir-se e despir-se
7. Manter a temperatura do corpo a um nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente
8. Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos

9. Evitar os perigos do ambiente e evitar magoar os outros
10. Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos ou opiniões
11. Realizar as práticas religiosas segundo a fé de cada um
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado
13. Divertir-se ou participar em várias formas de recreação
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e a uma saúde normais e a utilizar os recursos de saúde disponíveis (HENDERSON e NITE, 1967).

As necessidades humanas fundamentais propostas por Henderson pretendem assim direcionar a enfermeira no sentido de devolver competências à pessoa para a realização das suas actividades, retomando a sua autonomia e independência. Esta, deve traçar um plano de cuidados que valorize a pessoa como ser responsável pelas suas actividades, auxiliando-a na realização das tarefas, tendo o cuidado de possibilitar a sua independência e o mais cedo possível (HENDERSON, 2007). Transferindo esta ordem de ideias para o cuidado ao idoso, deve ser delineado um plano de cuidados, que tenha como referência as suas necessidades e especificidades, valorizando todos os aspectos e dimensões (físicas, psicológicas, sociais, económicas e religiosas), favorecendo a sua autonomia. Muitas vezes o idoso é colocado à margem do processo de tomada de decisões em que está envolvido, existindo um estigma de que este não tem capacidade cognitiva para decidir, o que muitas vezes não corresponde à realidade.

Virginia Henderson, expressava a pessoa como um sistema aberto em interacção com o meio envolvente, e que progride para o equilíbrio.

A Pessoa é então considerada mais do que a soma das suas partes, como ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual (mente e corpo são inseparáveis) que sofre influências do ambiente que o rodeia através de estímulos positivos e/ou negativos (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

O Enfermeiro assume o papel de substituir, ajudar e auxiliar a Pessoa até esta readquirir a sua independência. Este deve ser capaz de planear os cuidados, tendo em conta as necessidades não satisfeitas e considerando o indivíduo inserido na família e na comunidade. Na sua teoria, Virginia Henderson não define enfermagem de uma forma

concreta, apenas se refere à enfermeira como prestadora de cuidados directos ao doente. Assim, segundo Henderson (2007)

“A função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários.”

Este modelo dá também especial importância aos factores ambientais e considera que os factores externos afectam directamente a pessoa. Para a autora “os indivíduos saudáveis podem livremente controlar ou mudar o seu ambiente quando se sentem ameaçados. A doença pode privá-los desta liberdade” (HENDERSON, 2007). O enfermeiro deve ter formação sobre segurança, tendo o dever de proteger o doente de danos mecânicos e minimizar as hipóteses de danos.

Henderson defende então o ambiente como o “agregado de todas as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento de um organismo” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Tendo em conta as necessidades humanas básicas, preconizadas por esta teoria e referindo-me em especial à necessidade de eliminação, a enfermeira deve ajudar o doente na satisfação da mesma.

Sobre a necessidade humana fundamental Eliminar, Henderson considera que a enfermeira deve conhecer o que é considerado “normal” para a pessoa, deve ser respeitada a privacidade e o conforto físico durante a eliminação (fecal ou urinária) tendo em conta as suas necessidades e hábitos. É também função da enfermeira reduzir os problemas (da eliminação) quando não existe possibilidade de os ultrapassar totalmente (Henderson, 2007).

Neste sentido, a Pessoa que apresenta a necessidade de eliminação vesical afectada, necessita de ajuda para a solucionar ou minimizar. Será função do enfermeiro especialista em geriatria promover a recuperação do idoso, tendo como principal finalidade a sua independência, nunca esquecendo de envolver a família em todo este processo.

Virginia Henderson pressupõe também que o enfermeiro deverá ajudar o doente a evitar perigos no ambiente e proteger os outros, de perigos potenciais, causados por ele, tais como infecções ou violência, referindo mesmo que “faz parte dos cuidados básicos de

enfermagem ajudar os doentes a proteger-se contra traumatismos, como as quedas (...) e de micro-organismos patogénicos, sempre presentes no ambiente”.

Para Henderson, a investigação ocupava um lugar de evidência, uma vez que, defendia que as enfermeiras deviam basear a sua prática nos resultados da investigação e, adquirir o hábito de investigar.

Pelos motivos supracitados foi escolhida esta teoria para basear a implementação deste projecto.

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o intuito de delimitar a problemática abordada e tendo em conta que uma infecção urinária num adulto tem diferentes características de uma infecção urinária no idoso, procedi a uma revisão da literatura no sentido de aprofundar os meus conhecimentos a nível da pessoa idosa com infecção urinária e hospitalizada.

3.1 Pessoa idosa e infecção urinária

O processo de envelhecimento traz consigo mudanças inevitáveis e irreversíveis. Surgem assim, uma série de modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas.

Ao cuidar o idoso será de extrema importância compreender o seu processo de envelhecimento, pois só assim se conseguirão melhores cuidados ao mesmo, nomeadamente ao nível do sistema urinário.

A deterioração fisiológica associada ao envelhecimento é progressiva, sendo determinada por factores genéticos que interagem com os processos ambientais que rodeiam a pessoa ao longo da sua vida, o que faz com que o processo de envelhecimento seja diferente de indivíduo para indivíduo. Estas alterações fisiológicas no idoso afectam a sua susceptibilidade perante a doença.

Com o envelhecimento, há uma diminuição da massa renal em aproximadamente 20-25% e uma perda do peso da mesma de 250-270 gramas num adulto jovem para 180-200 gramas aos 70 anos (COMALLONGA e ZAMARRIEGO, 2003). Segundo estes autores, “o rim, juntamente com o pulmão, são os órgãos onde se manifestam mais mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento”. As mudanças vasculares a nível renal são um dos principais problemas do envelhecimento que estão relacionados com as patologias renais no idoso, uma vez que provocam esclerose na parede dos vasos renais e consequentemente há um declínio da taxa de filtração, excreção e absorção (ROACH, 2003).

Com o envelhecimento está também facilitado o desenvolvimento de desequilíbrios electrolíticos, pela diminuição da filtração glomerular e consequentemente a hipercaliémia e/ou hiponatrémia (ROACH, 2003). Numa situação de stress pós-operatório este desequilíbrio electrolítico poderá assumir grandes proporções num idoso, pelo que a equipa deve estar preparada para a sua prevenção.

A nível da bexiga, o aumento da produção de colagénio altera a contractibilidade da mesma e consequentemente a sua capacidade de esvaziamento (CRUZ e LOPES, 1999).

Há então uma diminuição da capacidade e contractibilidade vesical bem como diminuição da capacidade para suspender a micção, levando a uma maior incidência de incontinência urinária e infecções do aparelho urinário (CRUZ e LOPES, 1999). Os mesmos autores defendem que as modificações histológicas, como a maior concentração de colagénio, nos idosos estão relacionadas com o aumento do volume residual após a micção.

O sistema renal torna-se menos eficiente a eliminar toxinas e outras substâncias, havendo uma perda da capacidade de esvaziamento da bexiga, verificando-se também uma diminuição da elasticidade da mesma (SEQUEIRA, 2010 referindo-se a estudos de DAVISON, 1998).

Os múltiplos problemas que surgem no idoso, nomeadamente a nível neurológico, cardíaco, funcional, entre outros, podem afectar o funcionamento do sistema urinário do idoso, alterando a percepção da vontade de urinar e consequentemente influenciar o controlo da micção (CRUZ e LOPES, 1999).

A incontinência urinária tem então múltiplas repercussões na pessoa idosa, nomeadamente a nível físico, psicológico, social e económico, influenciando directamente na qualidade de vida da mesma.

As principais repercussões da incontinência urinária no idoso são: aumento de úlceras de pressão, infecções urinárias, perda de auto-estima, ansiedade, depressão, interferência com as relações sexuais, isolamento, maior risco de institucionalização e elevados custos das complicações associadas e com medidas de conforto (fraldas, dispositivos, sondas) (BRAVO, 2003).

A incontinência urinária exige ao enfermeiro uma avaliação global da pessoa idosa pelas suas características individuais (clínicas, funcionais, expectativas de vida, etc), isto é, a individualização dos cuidados ao idoso com incontinência urinária é muito importante para um tratamento eficaz, porque vai basear-se nas suas características específicas bem como na repercussão que a incontinência provoca em cada caso (BRAVO, 2003).

Concluindo, compreendemos que com o processo de envelhecimento surgem importantes alterações fisiológicas e anatómicas, nomeadamente a nível do aparelho

urinário. Das múltiplas alterações podemos referir as alterações renais, tubulares e vesicais, que têm repercussões clínicas a vários níveis, como por exemplo: diminuição da taxa de filtração glomerular, tornando o idoso mais susceptível à insuficiência renal, redução da excreção de drogas, o que implica ajustes de posologias medicamentosas em função da idade (tão importante tendo em conta as múltiplas patologias e consequente polimedicação no idoso). Existe também, uma tendência para contracções não inibidas do músculo detrusor, aumento do volume residual de urina e menor capacidade de armazenamento da mesma. Tudo isto são indicadores de um maior risco de infecção urinária na população idosa.

É importante ter em conta que uma infecção urinária num adulto bem como o seu tratamento tem contornos diferentes de uma infecção urinária e tratamento no idoso. Por exemplo, num adulto a bacteriúria é muitas vezes acompanhada por sintomas como febre, disúria e até piúria (entre outros), num idoso a bacteriúria é na maioria das vezes assintomática e sem indicação para tratamento (GRAY e MOORE, 2012).

Os processos infecciosos nos idosos, nomeadamente as infecções urinárias, têm uma incidência progressiva, uma vez que se trata de um grupo populacional de risco. Para Dallacorte, Schneider e Benjamin (2007) “as infecções do trato urinário são as infecções bacterianas mais comuns em populações idosas, e a *Escherichia Coli* é o seu patógeno causador mais frequente”.

A infecção urinária, sintomática ou assintomática, é a infecção mais frequente, independentemente do sexo, calculando-se que aumenta aproximadamente 20% nas mulheres e 10% nos homens idosos e que esta prevalência duplica após os 80 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2004).

3.2 Pessoa idosa hospitalizada

O aumento da população idosa é actualmente uma realidade a nível mundial. Trata-se de uma população muito vulnerável e consequentemente com menos saúde, por isso os idosos são hoje grandes consumidores de cuidados de saúde. O número de idosos hospitalizados é cada vez maior, e pelas suas múltiplas patologias localizam-se em vários serviços de internamento, nomeadamente serviços de medicina, cirurgia, pneumologia, cardiologia, unidades de cuidados intensivos, entre outros.

Para a população idosa, o internamento hospitalar representa um risco acrescido, dada a sua fragilidade em relação à adaptação a novos contextos ambientais e vulnerabilidade face aos perigos que colocam em causa a sua saúde.

A hospitalização pode representar para o idoso uma situação de ameaça e um desafio, que podem ser vividos de formas distintas, tendo em conta factores como a capacidade de adaptação, experiências com internamentos anteriores e representação da saúde e da doença (CABETE, 2005). Considera-se que um dos principais factores que contribuem para a fragilidade do idoso, é a sua reduzida reserva funcional, tornando-o ainda mais vulnerável ao desenvolvimento de complicações durante o internamento hospitalar (UNDERWOOD e BURNETT, 2012).

A hospitalização é para o idoso um factor de stress, que muitas vezes o deixa ainda mais fragilizado, levando a estados de ansiedade e dependência. O enfermeiro deve ter a capacidade de diminuir tanto quanto possível os factores de stress, percebendo o contexto de vida da pessoa e planeando a sua intervenção de forma individualizada promovendo a sua recuperação o mais rapidamente possível.

As possíveis consequências da hospitalização para o idoso caracterizam-se por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis, uma vez que estes são muito susceptíveis a complicações causadas pela imobilidade no leito durante o período de internamento (SIQUEIRA et al, 2004).

Existe actualmente uma necessidade de implementação de novos modelos de cuidados para fazer face ao crescente número de idosos hospitalizados.

Desenvolver um plano de cuidados para um doente idoso hospitalizado requer uma atitude e abordagem onde sejam reconhecidas as características e especificidades deste grupo populacional (GETLIFFE e DOLMAN, 2007). Estes autores, também defendem que provavelmente na maioria das vezes, existe um maior risco de incontinência relacionado com factores de stress do que pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, nomeadamente a nível do aparelho urinário.

Sendo assim, a própria hospitalização ou cirurgia podem ser considerados factores de stress que irão aumentar o risco de incontinência e não só o facto do doente ser idoso.

Tendo em conta o já falado envelhecimento mundial da população, urge a necessidade cada vez maior de formação de enfermeiros especialistas em geriatria, uma vez que este educa e apoia as equipas de enfermagem, que também precisam de ter conhecimentos sobre a avaliação geriátrica e devem ser conhecedores das

comorbilidades potenciais dos idosos e reconhecer as suas apresentações atípicas (HARVEY e WILSON, 2009).

3.3 Pessoa idosa hospitalizada e infecção urinária

A hospitalização contribui para que o idoso fique mais exposto aos factores de risco para a infecção hospitalar.

A prevenção da IACS é um ponto chave em todos os grupos populacionais, mas a vulnerabilidade da população idosa merece um destaque especial na intervenção da equipa de enfermagem, que deve intervir tendo em conta as suas especificidades.

Os idosos mais susceptíveis ao aparecimento de uma IACS são os que têm patologias como a diabetes mellitus, a doença pulmonar obstrutiva crónica, infecção adquirida na comunidade no momento do internamento, bem como os que são submetidos a colangiografia retrógrada endoscópica, algaliação e/ou ventilação mecânica (VILLAS BOAS e RUIZ, 2004).

As infecções urinárias são as infecções mais frequentes nos idosos, sendo na sua maioria infecções complicadas e muitas vezes assintomáticas. As bactérias que causam infecção urinária no idoso, são em geral, mais resistentes do que na população mais jovem, pela maior frequência desses processos que habitualmente requereu repetidos ciclos de antibióticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2004).

A IACS é, portanto, um ponto de extrema importância, uma vez que é causadora de altas taxas de mortalidade, principalmente na população idosa.

Existem inúmeros estudos de investigação a nível mundial que mostram a preocupação com a infecção urinária associada aos cuidados de saúde, na população idosa, nomeadamente associada à algaliação.

A prevalência de infecções urinárias aumenta em mulheres e homens com mais de 65 anos, estimando-se que cerca de 20-25% das mulheres e 10% dos homens com mais de 65 anos têm bacteriúria assintomática, sendo que estas percentagens aumentam cerca de 50% nas mulheres e cerca de 35% nos homens com mais de 80 anos (WAGENLEHER, NABER e WEIDNER, 2005).

A algaliação é muitas vezes considerada um acto banal e muito frequente durante o internamento hospitalar da pessoa idosa. São habitualmente “esquecidas” as graves complicações que podem surgir pela algaliação, nomeadamente a infecção, que neste grupo populacional pode levar à morte. Cerca de 15 a 25% dos doentes hospitalizados são algaliados desnecessariamente durante o internamento hospitalar (JOHNSON, KUSKOWSKI e WILT, 2006; KAMDAR, YAHYA e THANGARAJ, 2009) e muitas vezes a algaliação é prolongada por esquecimento da equipa médica (LOEB et al, 2008) e para simplificar os cuidados prestados pelo pessoal hospitalar (INELMEN, SERGI e ENZI, 2007).

Muitas das algaliações efectuadas podem ser evitadas. Inelmen, Sergi e Enzi (2007) referem que “cerca de uma em cada quatro algalias colocadas em doentes internados num hospital e com idade igual ou superior a 70 anos e uma em cada três algalias implantadas em doentes com idade igual ou superior a 85 anos vêm a demonstrar ser desnecessárias”.

A algaliação de um doente, nomeadamente idoso, deve ser bem ponderada, tendo em conta as complicações relacionadas com a mesma. Os motivos clínicos para a algaliação são vários, nomeadamente: retenção urinária, incontinência urinária (INELMEN, SERGI e ENZI, 2007; KAMDAR, YAHYA e THANGARAJ, 2009), úlceras de pressão (INELMEN, SERGI e ENZI, 2007) e monitorização de diurese (KAMDAR, YAHYA e THANGARAJ, 2009). Outras indicações para a algaliação são também referidas por Inelmen, Sergi e Enzi (2007), nomeadamente hiperplasia prostática, bexiga neurogénica, casos graves de hematúria macroscópica e piúria para evitar a retenção urinária e casos de cancro da bexiga.

O prolongamento do tempo de algaliação é o factor mais importante que leva à predisposição a infecções urinárias no idoso hospitalizado. Segundo Loeb et al (2008) “a bacteriúria desenvolve-se em 50% dos doentes algaliados por 5 dias ou mais, por isso reduzindo o uso desnecessário dos cateteres pode-se diminuir as infecções urinárias”. Também Marklew (2004) defende que com a algaliação “a infecção urinária é inevitável e ao fim de 14 dias é certo o aparecimento de bactérias”.

Está estudado que o risco de bacteriúria em doentes algaliados aumenta aproximadamente 3 a 10% por dia de algaliação, e 50% dos doentes algaliados adquirem bacteriúria após o 10º dia. Apesar de muitos doentes se encontrarem assintomáticos, 20 a 30% adquirem infecção urinária relacionada com a algaliação e destes 2 a 4% desenvolvem bacteriémia, aumentando o risco de mortalidade para 30% (DAILLY, 2011).

No seu estudo Kamdar, Yahya e Thangaraj (2009) verificaram também que cerca de “31,4% dos pacientes algaliados apresentaram infecção urinária, como resultado da algaliação”.

O tempo de duração da algaliação, como já foi referido anteriormente, predispõe o aparecimento de bacteriúria e bacteriémia, que no idoso pode ser mortal. Considerando que as infecções urinárias associadas à algaliação são as mais comuns das infecções adquiridas em meio hospitalar a sua prevenção poderá ter impacto na diminuição de consequências adversas como infecções secundárias, morte, aumento da resistência a microorganismos e aumento dos custos (JOHNSON, KUSKOWSKI e WILT, 2006).

O tratamento da infecção urinária associada aos cuidados de saúde prolonga o internamento hospitalar e consequentemente aumenta os custos do mesmo. Para Inelmen, Sergi e Enzi (2007) “os doentes que desenvolvem uma infecção urinária são sujeitos a um prolongamento de aproximadamente três dias do seu internamento hospitalar”.

São vários os estudos que se referem à desalgaliação precoce como a mais importante intervenção para prevenção da infecção urinária em doentes algaliados (WAGENLEHNER, NABER e WEIDNER, 2005; INELMEN, SERGI e ENZI, 2007; MADEO e ROODHOUSE, 2009; VOSS, 2009).

Ainda hoje existem algumas dúvidas sobre a responsabilidade de tomar a decisão para a desalgaliação do doente o que muitas vezes atrasa o procedimento. DAILLY (2011) defende que “tanto enfermeiros como médicos podem decidir desalgaliar o doente, baseados na razão da algaliação e na necessidade do doente se manter ou não algaliado”.

Segundo a autora supracitada, num estudo efectuado no Royal Hampshire County Hospital, a equipa de enfermagem assumia que os médicos é que tomavam a decisão para a desalgaliação e a equipa médica atribuía essa decisão à equipa de enfermagem, o que levava a um prolongamento do período da algaliação. Este terá sido o ponto de partida para a elaboração de um plano de intervenção, no sentido de prevenir a infecção urinária, tendo em conta as *guidelines* internacionais, que se baseiam em quatro pontos fundamentais, as chamadas BUNDLES para a prevenção da CAUTI (evitar a algaliação, algaliar com técnica asséptica, manutenção da algaliação tendo em contas as boas práticas da evidência científica e remoção do cateter urinário o mais precocemente possível).

Devem ser fomentadas as boas práticas na manutenção do cateter urinário, sendo importante a função do enfermeiro especialista ao nível da capacitação da equipa para as mesmas. Deve ser elaborado um plano de intervenção ao nível da manutenção do cateter e consequentemente a remoção o mais precocemente possível. Neste plano, deve ser ponderada diariamente a necessidade de manutenção de uma algaliação bem como a existência de intercorrências com a mesma.

Dailly (2011), no seu estudo, mostra que a implementação de um sistema de lembrete teve um grande impacto a nível hospitalar, tendo obtido resultados directos com os doentes, nomeadamente doentes idosos que foram prontamente desalgaliados e como resultado do mesmo, surgiu também a necessidade de questionar o uso da algaliação para alguns procedimentos cirúrgicos.

São vários os estudos que avaliam o impacto de intervenções como a implementação de lembretes, formação das equipas de saúde, uso de protocolos, entre outros e que comprovam a diminuição das taxas de CAUTI em ambiente hospitalar (HICPAC, 2009).

Segundo as recomendações do Center Diseases Control and Prevention (CDC), apenas são consideradas indicações para algaliação as seguintes: uso criterioso da algaliação apenas em cirurgias onde a mesma seja realmente necessária, monitorização rigorosa do débito urinário, retenção urinária, presença de úlceras de pressão em doentes incontinentes (HICPAC, 2009).

O impacto da IACS, nomeadamente a CAUTI, é actualmente de tal modo importante, que são várias as intervenções e estratégias para a sua prevenção. Como exemplo, temos o algoritmo desenvolvido pelo Healthcare Nursing Protocol, o Algorithm for Removal of Unnecessary Indwelling Urinary Catheters que tem sido usado a nível do ambiente hospitalar, para a prevenção da infecção urinária. Este algoritmo (ANEXO II) tem como principal finalidade a prevenção da CAUTI pela desalgaliação precoce e apresenta pontos fulcrais nesse sentido e que obrigam à reflexão diária acerca da necessidade de continuação da algaliação.

Assim, e segundo as *guidelines* descritas pelo HICPAC (2009), são exemplos de programas para Quality Improvement (QI) e que demonstraram ser eficazes: sistema de alerta ou lembretes para identificação dos pacientes com cateter urinário e avaliação da necessidade de continuação da mesma, instituição de *guidelines* e protocolos para as equipas de enfermagem para remoção de cateteres urinários desnecessários, educação e feedback do desempenho na manutenção dos cateteres como a higiene das mãos e

cuidados com o mesmo, instituição de *guidelines* e algoritmos para o uso e manutenção adequados dos cateteres, como protocolos para procedimentos específicos para a algaliação e remoção de cateteres no pós-operatório e protocolos para uma correcta avaliação e cuidados específicos na retenção urinária no pós-operatório.

A desalgaliação precoce é portanto uma medida de extrema importância na prevenção da infecção urinária, nos doentes idosos algaliados.

3.4 Papel do enfermeiro na prevenção da ITU associada à algaliação no idoso hospitalizado

Como já foi mencionado anteriormente, a hospitalização para o idoso torna-se um factor de risco para o aparecimento da IACS, pela sua fragilidade e vulnerabilidade. Assim, a prestação de cuidados da equipa de enfermagem deve ter esse facto em conta, e consequentemente minimizar o risco de aparecimento da IACS.

O campo de intervenção da equipa de enfermagem durante a prestação de cuidados ao idoso deve orientar-se de uma forma holística, devendo por isso centrar-se na diminuição do tempo de internamento, favorecendo a sua recuperação e reintegração no seu meio ambiente. O enfermeiro deve conhecer a pessoa nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual), e compreender a sua forma de interagir tendo em conta as suas necessidades, limitações e potencialidades, focalizando a sua acção no sentido de que a pessoa mantenha, readquira ou desenvolva um equilíbrio entre as diferentes dimensões (MONIZ, 2003).

No sentido de promover a melhoria dos cuidados foi desenvolvido, um instrumento de avaliação do idoso hospitalizado, o SPICES, para apoiar todos os enfermeiros, nomeadamente enfermeiros especialistas em geriatria, para um cuidado mais completo ao doente idoso, pensando neste como pessoa na sua totalidade e não apenas na causa do seu internamento.

Assim, o instrumento acima referido, o SPICES, desenvolvido por Fulmer, uma enfermeira especialista em geriatria, no programa Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE), é um exemplo de como um modelo de avaliação geriátrica é de extrema importância para os cuidados ao idoso hospitalizado. Este instrumento de avaliação geriátrica pretende ser uma ferramenta “mnemónica de avaliação de “sinais vitais geriátricos”, e que fornece uma visão geral de resposta do doente idoso nos

cuidados prestados apontando para a necessidade de uma avaliação mais detalhada quando necessária” (FULMER, 2007).

Este instrumento de avaliação do idoso hospitalizado tem em conta os seus problemas mais frequentes e que devem ser prioridade nos planos de intervenção dos enfermeiros, no sentido de prevenir a dependência dos mesmos por factores que muitas vezes não foram o motivo de internamento.

“A ferramenta SPICES é um acrónimo que se concentra em “seis condições” em doentes idosos em vez da doença ou lesão pelo qual foram internados. Estas condições, também por vezes referidas como síndromes, são comuns, evitáveis, e podem sinalizar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada” (FULMER, 2007).

As condições comuns sinalizados por este instrumento são: alterações do sono (S), problemas a nível da nutrição (P), incontinência vesical ou intestinal (I), Confusão (C), evidência para as quedas (E), e lesões da pele (S).

Este instrumento de avaliação (SPICES) conduz a equipa de enfermagem a cuidados pró-activos em áreas essenciais para a promover a independência e evitar complicações nos idosos.

Usando a avaliação dos problemas de continência, nomeadamente urinária, no idoso hospitalizado, a intervenção da equipa de enfermagem é fulcral na sua manutenção. A incontinência urinária pode muitas vezes ser prevenida, utilizando intervenções, como por exemplo a utilização de um calendário de micção. Quando esta ocorre, ela pode ser aguda ou crónica, reversível ou irreversível. A algaliação deve ser usada apenas em ultimo recurso (FULMER, 2007).

Poderão ser vários os motivos que levam a uma maior dependência durante um período de internamento. São exemplos disso, a própria patologia, a mudança de ambiente ou até mesmo a necessidade de fazer soroterapia, e que dificultam a sua mobilização, deixando o idoso ainda mais fragilizado. Muitas vezes, inconscientemente ou conscientemente a equipa vai incentivar esta imobilidade, levando a uma maior dependência. Quantas vezes se coloca uma fralda num doente idoso (durante a noite ou até dia) para que ele não se levante da cama? Muitas vezes segue-se por um caminho que parece ser o mais fácil mas que na realidade vai prejudicar o doente num futuro muito próximo e muitas vezes de uma forma irreversível.

Ao usar um instrumento de avaliação como o SPICES, este seria um problema prioritário e a manutenção da sua continência seria uma prioridade.

O idoso hospitalizado tem particularidades que advêm do processo de envelhecimento, que deverão ser tidas em conta, como por exemplo a incontinência urinária muitas vezes secundária à administração de medicamentos e que num idoso pode levar à confusão e complicar o internamento.

Sendo a algaliação uma área de actuação predominante da equipa de enfermagem, deve ser da sua responsabilidade a implementação de medidas que tenham como finalidade a redução da incidência da infecção urinária associada aos cuidados de saúde, nomeadamente as relacionadas com a cateterização. Torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de prevenção da CAUTI, como a formação e educação contínua da equipa multidisciplinar, promoção de uma boa comunicação com as equipas médicas e CCIH. É fulcral a educação contínua da higienização das mãos (essencial na prevenção da infecção cruzada), uma vez que esta será uma das medidas mais simples de ser executadas mas muitas vezes banalizada pela sua simplicidade.

A CAUTI sendo uma infecção associada aos cuidados de saúde é tida em conta pelas políticas instituídas a nível hospitalar, sendo importante a implementação de estratégias, no sentido de responsabilizar os hospitais pela má qualidade dos cuidados prestados (BLODGETT, 2009).

Formar, educar e supervisionar a equipa de assistentes operacionais é também muito importante aos vários níveis da prevenção da IACS, nomeadamente a nível das CAUTI, passando pela higienização das mãos e manutenção de um sistema fechado, com uma desinfecção apropriada da torneira do saco colector de urina antes e após o seu despejo (o não cumprimento poderá aumentar o risco de infecções cruzadas).

Também Henderson (2007) defende que “o ensino de medidas de segurança deve fazer parte da formação das enfermeiras”.

A preocupação pela prevenção da CAUTI a nível hospitalar é já considerada a nível mundial. No sentido de se obter uma prevenção mais eficaz a este nível foram desenvolvidas BUNDLES pelas entidades responsáveis pela IACS a nível mundial. Estas são definidas pelo HICPAC (2009) como um “conjunto de intervenções individuais ou comportamentos, que quando realizados, podem aumentar a eficácia e melhorar o resultado para uma determinada prática”.

Também segundo o HICPAC (2009) considerando a prevenção da CAUTI foram desenvolvidas BUNDLES a três níveis: cuidados ao nível da inserção de cateteres, manutenção da algaliação e da colheita de amostras de urina.

É então mais do que evidente a importância de um enfermeiro especialista em geriatria na prestação dos cuidados ao idoso no dia a dia, devendo ser valorizado pelas chefias das instituições, uma vez que a sua actuação vai proporcionar benefícios mais do que evidentes para o doente, equipa de saúde e instituição. Até porque “apesar de não haver muitos estudos, a evidência empírica sugere que a remoção de cateteres urinários desnecessários promove a dignidade do doente e reduz o desconforto” (GOTELLI et al, 2008).

Assim sendo, um enfermeiro especialista em cuidados geriátricos, tendo em conta o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais essencial para num ambiente hospitalar, uma vez que os seus conhecimentos mais aprofundados acerca desta população serão sempre uma mais valia na gestão de uma equipa.

A implementação de estratégias de prevenção da IACS é fundamental para reduzir os custos com as mesmas (nomeadamente ITU), e, consequentemente diminuir as taxas de mortalidade que estas representam actualmente, principalmente na população idosa.

Segundo Blodgett (2009) “como elementos-chave da equipa de saúde, os enfermeiros devem estar preparados para utilizar práticas baseadas na evidência para prevenir a CAUTI em pacientes hospitalizados”

4. PLANEAMENTO / EXECUÇÃO

De acordo com Ruivo e Ferrito (2010), é na fase de planeamento que se elabora “um plano detalhado do projecto cobrindo as várias vertentes da gestão”.

É na fase de planeamento que se estabelece a estratégia do projecto, se definem linhas de acção, identificam-se recursos e calendarizam-se tarefas (RAMOS, 2008).

Para a execução deste projecto (Prevenção Infecção Urinária pela Desalgaliação Precoce no Idoso Hospitalizado) foram contemplados dois campos de estágio: o primeiro decorreu no serviço Comissão Controlo de Infecção Hospitalar do CHLN – HSM e o segundo no Serviço de Cirurgia II do CHLN-HSM.

Nesta fase, procedeu-se ao levantamento dos recursos e definição das actividades necessários para a execução do referido projecto.

Na fase de planeamento do projecto ficaram definidos a finalidade e os objectivos que nortearam a intervenção de Enfermagem neste projecto:

FINALIDADE:

- ✚ Desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Pessoa Idosa), nomeadamente a nível da prevenção da infecção urinária associada aos cuidados de saúde no doente idoso hospitalizado e algaliado.

OBJECTIVO GERAL

- ✚ Implementar um projecto de prevenção de infecção urinária no idoso hospitalizado, pela desalgaliação precoce, num serviço de Cirurgia do CHLN-HSM.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- **Objectivo específico 1:** Desenvolver competências na área da prevenção de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), para a implementação de um projecto de intervenção na área, num serviço de Cirurgia do CHLN-HSM.

- **Objectivo específico 2:** Analisar a prestação de cuidados de enfermagem ao nível da prevenção da IACS
- **Objectivo específico 3:** Capacitar a equipa de enfermagem relativamente aos problemas mais comuns nas pessoas idosas.
- **Objectivo específico 4:** Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção da IACS, nomeadamente a nível da infecção urinária no idoso algaliado hospitalizado, reduzindo o tempo de algaliação

4.1 Procedimentos formais

Para que um projecto possa ser implementado numa instituição é necessário seguir alguns pontos importantes para a sua execução, nomeadamente seguir os procedimentos formais da mesma.

Por se tratar de um projecto que envolve dados pessoais, foi feito um pedido à comissão de ética do Centro Hospitalar (ANEXO III). “As Comissões de Ética têm por missão contribuir para assegurar que toda a investigação com sujeitos humanos se desenrole em conformidade com os princípios éticos” (FORTIN, 2009).

Também de acordo com as normas da instituição para a implementação de projectos em saúde foram feitos os seguintes pedidos:

Autorização do Sr. Director de Serviço Cirurgia II CHLN-HSM (ANEXO IV).

Autorização da Sr.^a Enf. Chefe Cirurgia II CHLN-HSM (ANEXO V).

Autorização do Conselho de Administração CHLN (ANEXO VI).

Pelas limitações temporais impostas para a realização do projecto, as autorizações para a sua consecução chegaram ao longo da mesma, mas houve o cuidado de obtê-las de uma forma informal antes da sua implementação.

5. PERCURSO ESTÁGIO EFECTUADO

5.1 Estágio comissão controlo infecção hospitalar

O estágio no serviço de CCIH do CHLN – HSM decorreu no período de 3 a 14 de Outubro. Este, teve como principal finalidade atingir o objectivo específico 1 supracitado (Desenvolver competências na área da prevenção de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), para a implementação de um projecto de intervenção na área, num serviço de Cirurgia do CHLN-HSM).

A CCIH do CHLN - HSM é constituída por vários elementos de diferentes serviços no sentido de promover a articulação entre serviços nomeadamente: 1 Chefe Serviço de Patologia Clínica (Coordenador), 1 Assistente Hospitalar Doenças Infecciosas, 1 Chefe de serviço de Cirurgia, 2 Assistentes Hospitalares, 1 Assistente Principal de Carreira de Técnica Superior de saúde – Farmácia, 1 Administradora Hospitalar, 2 Enfermeiras e 1 Administrativa.

Segundo o DESPACHO nº 18052/2007 (2007) “as comissões de controlo de infecção:

- a) São órgãos de assessoria técnica de apoio à gestão, na área da prevenção e controlo de infecção;
- b) Constituem um recurso indispensável para a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados nas unidades de saúde”

A CCIH CHLN-HSM tem como missão:

“Prevenir, detectar e propor medidas de controlo das infecções no Centro Hospitalar, articulando-se com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais”.

Entre múltiplas competências realçam-se as seguintes competências definidas pela CCIH do HSM – CHLN:

“Definir, implementar e monitorizar um sistema transversal de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados dirigido a situações de maior risco;

Propor recomendações e normas de prevenção e controlo de infecção e a monitorização da sua correcta aplicação.”

OBJECTIVO ESPECÍFICO 1:

Desenvolver competências na área da prevenção de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), para a implementação de um projecto de intervenção na área, num serviço de Cirurgia do CHLN-HSM.

O estágio na CCIH foi para mim e para a implementação deste projecto, crucial, uma vez que me permitiu compreender a realidade do CHLN – HSM no que diz respeito à incidência e prevalência da infecção e estratégias de prevenção.

Devem ser delineados programas de intervenção para a redução das IACS, sendo necessário conhecer com o máximo de rigor a dimensão do problema e obter informação sobre a frequência dessas infecções, e a respectiva gravidade, bem como os factores de risco associados de forma a estabelecer as respectivas prioridades para a intervenção (PINA, 2010).

A IACS está no centro de um conjunto de preocupações a nível mundial pela qualidade e segurança dos cuidados em saúde. Quanto mais sensibilizadas estiverem as equipas para o “problema” maior será o investimento na sua prevenção. As acções de prevenção de IACS dependem muito da sensibilização e mobilização de todos os profissionais de saúde.

Torna-se então de extrema importância o conhecimento das orientações internacionais no sentido de influenciar o comportamento dos profissionais de saúde e implementar estratégias na prevenção da IACS.

O aprimoramento de acções de prevenção de IACS é portanto hoje um foco de extrema importância na gestão dos cuidados de excelência e um ponto fundamental de actuação do enfermeiro especialista.

No sentido de adquirir competências para poder capacitar uma equipa de saúde ao nível da prevenção da IACS, realizei um estágio no serviço acima referido, onde delineei estratégias e desenvolvi actividades para atingir esse fim. Assim, para que este objectivo fosse conseguido foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos relativamente à prevenção de IACS através da revisão de literatura
- ✓ Aprofundamento de conhecimentos sobre a realidade do CHLN – HSM, na área da prevenção da IACS
- ✓ Visualização bases de dados da CCIH do CHLN-HSM

- ✓ Acompanhamento da enfermeira perita na visita dos vários serviços do hospital, de diferentes áreas (Cirurgia Vascular, Ortopedia, Medicina, Cirurgia Pediátrica, Serviço de Infecto pediátrico, Neonatologia)
- ✓ Acompanhamento da enfermeira perita às várias reuniões com os diferentes serviços
- ✓ Acompanhamento da enfermeira perita às formações de enfermeiros e assistentes operacionais
- ✓ Aprofundamento conhecimentos acerca dos protocolos institucionais da CCIH
- ✓ Realização de instrumento de trabalho tendo em conta as guidelines e os protocolos institucionais e tendo em conta o serviço onde irá ser executado o projecto.

Acompanhar a enfermeira perita durante as suas actividades de acompanhamento e interligação com os serviços e de formação, nomeadamente de grupos de assistentes operacionais, permitiu-me conhecer diferentes realidades dentro da instituição bem como desenvolver competências na área da formação, especificamente ao nível da prevenção da IACS.

O instrumento de trabalho serviu de suporte para a monitorização dos doentes algaliados, e funcionou como um lembrete que teve como principal objectivo a reflexão diária da necessidade do cateter no doente algaliado. Este, foi desenvolvido tendo como base as orientações existentes na área da prevenção da ITU associada à cateterização, as “Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009”, assim como o “Algorithm for Removal of Unnecessary Indwelling Urinary Catheters”, de acordo com as “Nurse-driven Protocol, Indwelling Urinary Catheter Removal”, referidos no enquadramento teórico (APÊNDICE I). As características do serviço e da equipa onde este projecto foi desenvolvido foram também uma importante influência para a construção do mesmo.

A evidência científica sustenta a importância de um enfermeiro a liderar ou lembretes para estimular a avaliação diária e contínua da necessidade de um cateter e para removê-lo o mais breve possível (BERNARD, HUNTER e MOORE, 2012).

O uso de lembretes e de protocolos de desalgaliação reduzem a taxa de CAUTI, devendo ser considerados no sentido de aumentar a segurança dos doentes hospitalizados (MEDDINGS et al, 2010).

Chegando ao fim do estágio senti uma maior motivação para a implementação do projecto a que me propus (Prevenção da Infecção Urinária pela Desalgaliação Precoce no Idoso Hospitalizado), talvez pelo sentimento de maior confiança pelas competências atingidas durante o mesmo.

Penso ter conseguido gerir o tempo de estágio que apesar de pequeno, foi aproveitado o melhor possível, em termos de actividades desenvolvidas.

Senti durante este período o acompanhamento por parte da enfermeira perita que se revelou ao longo deste percurso uma mais valia na implementação do projecto.

Foi também com satisfação que recebi o convite por parte da CCIH para participar na Campanha de Higiene das Mãos da DGS, uma vez que me permitia a integração na mesma com um projecto que muito tem a ver com o que estava a preparar-me para implementar e que seria portanto uma mais valia para o mesmo.

5.2 Estágio no serviço de cirurgia II

O período de estágio no serviço de cirurgia II decorreu no período de 17 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012.

Com o envelhecimento da população a nível mundial, torna-se cada vez mais evidente a crescente necessidade de enfermeiros especialistas em geriatria nas instituições hospitalares, tendo como principal finalidade a qualidade dos cuidados prestados ao idoso hospitalizado. Mackenzie et al (2011) refere nos seus estudos, a importância de um enfermeiro especialista em geriatria na qualidade dos cuidados, reflectindo isso quando diz que melhorando a qualidade dos cuidados aos doentes idosos requer um entendimento dos desafios e obstáculos experienciados pelos enfermeiros. Avaliar as suas percepções acerca do ambiente de cuidados, torna-se por isso, o ponto chave na definição de programas e linhas de conduta.

A implementação do projecto – Prevenção da Infecção Urinária no Idoso Hospitalizado pela Desalgaliação Precoce – no serviço de cirurgia II, apesar de ser um

serviço que me é familiar, obrigou-me a delinear estratégias de intervenção na equipa multidisciplinar nomeadamente, médica, enfermagem e assistentes operacionais.

Com o intuito de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, delineei estratégias tendo em conta os quatro domínios das mesmas, preconizados pela OE:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Gestão de qualidade
- Gestão de cuidados
- Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

O projecto foi primeiramente apresentado à Sr.^a Enf. Chefe do serviço de Cirurgia II, que como responsável do serviço e tendo em conta a importância da prevenção da IACS na qualidade dos cuidados, considerou-o de extrema importância para o serviço. Actualmente, as IACS são um importante indicador de qualidade de um hospital de cuidados, tornando-se essencial acompanhá-las e relatá-las com rigor (BOWLS et al, 2011).

Este estágio tem como principal finalidade atingir os objectivos específicos 2, 3 e 4 citados anteriormente e implementar o projecto. Serão de seguida expostas as estratégias e actividades desenvolvidas ao longo deste estágio para que os objectivos fossem ultrapassados permitindo que este projecto fosse implementado.

OBJECTIVO ESPECÍFICO 2:

Analisar a prestação de cuidados de enfermagem ao nível da prevenção da IACS.

As actividades desenvolvidas ao longo deste estágio tiveram muito em conta a promoção da reflexão sobre a prática de cuidados, pois penso que a prática reflexiva é cada vez mais importante no quotidiano das equipas multidisciplinares. Craig e Smyth (2004) dizem-nos que “um dos desafios para os enfermeiros e para outros profissionais de cuidados de saúde é reconhecerem a importância de se interrogarem sobre a sua própria prática”.

A preparação de um serviço para a implementação de um projecto de intervenção, nomeadamente ao nível da prevenção da IACS, é de extrema importância porque irá

implicar uma reflexão da equipa dos cuidados prestados, bem como a mudança de alguns comportamentos. A mudança baseada na evidência é uma imperativa e inevitável política nacional da prática (CRAIG e SMYTH, 2004).

Como estratégia complementar, optei por criar momentos de discussão/ reflexão durante as passagens de turno, tendo em conta o cuidar da pessoa idosa e da pessoa idosa algaliada.

Fui apresentando o projecto de uma forma gradual, mostrando a sua importância em vários doentes algaliados. Penso que para que um projecto seja adoptado por uma equipa multidisciplinar, além da apresentação formal do mesmo será necessário incutir na equipa o sentimento de necessidade de mudança. Reflectir sobre os cuidados prestados é fundamental. A reflexão sobre as experiências profissionais dos enfermeiros, direcciona-nos à sua prática de cuidados que como prática reflectida, implica, não só uma reflexão sobre situações de cuidados, mas também sobre todos os aspectos onde ela se desenrola (MONIZ, 2003).

A obtenção do apoio por parte do Sr. Director de Serviço do serviço de Cirurgia II foi fundamental para que este se pudesse concretizar. Foi sugerido pelo mesmo e tido em conta a integração de pontos fulcrais (para a prevenção da IACS) na manutenção de uma algaliação, quando esta é realmente necessária, de acordo com as orientações referidas no enquadramento teórico. Estes, funcionaram como elementos para sensibilização da equipa na manutenção da algaliação, quando esta é realmente necessária, e que habitualmente são considerados banais sendo por esse motivo muitas vezes esquecidos, bem como a sua importância na prevenção da IACS. De acordo com as referidas orientações, foram contemplados os seguintes focos:

- Fixação do cateter urinário
- Obstrução do cateter urinário
- Manutenção de um sistema fechado
- Posicionamento do saco colector abaixo do nível da bexiga
- Higiene perineal
- Cuidados na manutenção do sistema, nomeadamente aquando do despejo do saco colector

Foram realizadas várias formas de abordagem com a equipa de saúde, para a sensibilização dos vários elementos para esta problemática. Iniciou-se com uma abordagem informal, continuada e personalizada, tendo em conta a observação sobre os cuidados prestados, a responsabilidade de manter ou não uma algaliação e a individualidade de cada um, seja médico ou enfermeiro.

Foram discutidas de uma forma contínua ao longo do estágio as várias situações relacionadas com a prevenção da IACS, nomeadamente necessidade de manter ou não uma algaliação, bem como outros pontos fulcrais para a manutenção de um ambiente seguro, como a importância da higiene das mãos na prevenção da IACS.

Ao longo do estágio, as várias situações que causavam algum tipo de divergência na equipa foram “solucionadas”, tendo em conta o recomendado na literatura e o preconizado na instituição. As indicações do enfermeiro especialista devem ser fundamentadas na evidência científica ou em normas de boas práticas, bem como na sua responsabilidade ética e social.

OBJECTIVO ESPECÍFICO 3:

Capacitar a equipa de enfermagem relativamente aos problemas mais comuns nas pessoas idosas.

A educação/formação de uma equipa de saúde visa promover uma maior segurança e eficiência na prestação de cuidados.

A formação contínua foi uma actividade desenvolvida ao longo do estágio e teve como finalidade a mudança de alguns comportamentos, bem como a actualização e aquisição de novos conhecimentos teóricos por parte da equipa (enfermagem e assistentes operacionais), visando a melhoria dos cuidados prestados. Todo este processo de reflexão sobre os cuidados prestados, contribuiu e acredito que continua a contribuir, para o desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados e desenvolvimento profissional da equipa de saúde.

A capacitação de uma equipa de saúde, vai permitir a aproximação da realidade prática com os conhecimentos teóricos, contribuindo para a uniformização dos cuidados.

Foram então desenvolvidas competências de especialista na área da responsabilidades profissional, promovendo a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, actuando como formadora (OE, 2009).

No sentido de manter a motivação da equipa durante a implementação do projecto no serviço, foram realizadas sessões de formação.

Uma das sessões realizadas teve como tema a “Higiene das mãos na prevenção da IACS” e foi realizada por mim e por outro elemento da equipa de enfermagem, tendo constituído um momento formal de abordagem desta temática, onde foi promovida a troca de ideias, conhecimentos e experiências (APÊNDICE II). Esta sessão realizou-se a 6 de Dezembro de 2011, pretendeu evidenciar a importância da higienização das mãos na prevenção da IACS e criou mais um momento de reflexão sobre a prática. Sendo a higiene das mãos um procedimento tão simples, este é muitas vezes feito incorrectamente ou até mesmo esquecido.

Com a realização de uma higienização das mãos eficiente, é possível prevenir e reduzir a incidência da IACS, uma vez que, as mãos são a principal via de transmissão de microorganismos durante a prestação de cuidados.

A ideia de apresentação de um estudo de caso de uma situação de cuidados complexa, que muitos pontos de divergência trouxe à equipa multidisciplinar, não foi numa primeira abordagem bem recebida. No entanto, foi com satisfação que verifiquei o interesse e participação no debate da situação suscitado pelos 25 enfermeiros presentes. Com esta apresentação, foi criado mais um momento de reflexão, sobre os cuidados prestados ao doente idoso hospitalizado e algaliado. Foi também dado a conhecer uma panóplia de ferramentas para avaliação do doente idoso e que facilitam o processo de avaliação e consequente planeamento de intervenções direccionadas às necessidades do mesmo. Encontra-se em anexo a apresentação que serviu de suporte a esta sessão (APÊNDICE III).

A apresentação deste estudo de caso, foi uma forma de desenvolvimento de competências clínicas na formação da equipa, no sentido de melhorar os cuidados prestados, bem como, o meu desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, relativamente às aprendizagens profissionais, preconizada como competência comum para um enfermeiro especialista pela OE.

Ao longo deste percurso foram promovidos vários momentos de discussão e reflexão sobre a prática, no sentido de se obter um ambiente de cuidados seguro e eficaz, tendo-se desenvolvido competências de especialista na melhoria da qualidade (OE, 2009).

O enfermeiro especialista deve evidenciar e promover a importância da formação em serviço, nomeadamente em temas relevantes na sua área de especialização bem como outras necessidades que considere importantes para a equipa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) o enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”.

O enfermeiro especialista deve também ter a capacidade de resolução de problemas específicos da sua área de intervenção, bem como fundamentar a sua prática diária tendo em conta os vários problemas e situações com que se depara. A Ordem dos Enfermeiros (2009) diz-nos também que o enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas”.

Foi também criado um momento de apresentação formal do projecto para a equipa de assistentes operacionais, tendo sido realizada uma sessão de formação. Esta, realizou-se no dia 14 de Novembro de 2011 e foi muito bem recebida, até porque se sentiram indispensáveis para a implementação do projecto. Este tipo de aceitação fez-me reflectir sobre a importância das formações para este grupo profissional, muitas vezes esquecido ao nível da formação em serviço. Tive o cuidado de integrar pontos onde a sua actuação é muito importante ao nível da prevenção da IACS. Foram também focados pontos de actuação onde este grupo apresentava algumas lacunas e que tinham sido observadas previamente, entre outra, importância da higienização das mãos, diferenças entre higiene e lavagem das mãos e momentos em que estes procedimentos são essenciais e a sua correcta aplicação (por exemplo, quando temos um doente com *Clostridium Difficile* a lavagem das mãos é de crucial importância). Encontra-se em anexo a apresentação que serviu de suporte a esta sessão. (APÊNDICE IV)

Além da apresentação que serviu de suporte para a sessão foi realizado um folheto acerca do tema e desenvolvido para esta equipa (APÊNDICE V). Este, foi entregue a todas as assistentes operacionais.

Ficou referenciada a importância da formação do grupo de assistentes operacionais, fazendo parte do plano de formação para 2012, temas como, a

comunicação com o doente, alterações nutricionais no doente idoso submetido a uma cirurgia.

Com as apresentações efectuadas e respectivas pesquisas bibliográficas, surgiu a ideia de se integrar no plano de formação do serviço para 2012, pontos importantes no cuidar da pessoa idosa, nomeadamente, prevenção de quedas e distúrbios de sono durante a hospitalização do idoso.

OBJECTIVO ESPECÍFICO 4:

Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção da IACS, nomeadamente a nível da infecção urinária no idoso algaliado hospitalizado, reduzindo o tempo de algaliação.

Após uma primeira abordagem da equipa, foi realizada uma apresentação formal do projecto, bem como de uma primeira apresentação formal do instrumento de trabalho que funcionaria como lembrete e como monitorização dos doentes algaliados.

A sessão de formação realizada no dia 3 de Novembro de 2011 constituiu o momento formal de apresentação do projecto à equipa de enfermagem. Apesar do intuito de apresentação do mesmo, foi importante perceber que o trabalho de campo tinha gerado questões e dúvidas pertinentes na equipa. Foram levantadas questões divergentes e de dúvidas entre a equipa tendo como foco principal os doentes internados e algaliados naquele momento, entre elas, questões como: treino vesical no doente algaliado sim ou não? Realgalias sucessivas após várias tentativas de desalgaliação sem sucesso, o que fazer? Para que estas dúvidas não ficassem sem resposta, e aproveitando para promover a pesquisa e aprofundamento de conhecimentos, foram feitos grupos de pesquisa acerca dos temas para posterior apresentação entre a equipa. Como principal responsável pela implementação do projecto integrei os dois grupos para supervisão e análise das reflexões efectuadas. O enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de trabalhar e estar integrado na equipa multidisciplinar, bem como ser criativo na resolução de problemas na sua área de especialização, tendo como principal finalidade a melhoria dos cuidados prestados por toda a equipa.

Esta sessão serviu também para apresentar o instrumento de trabalho de um modo mais formal, uma vez que anteriormente já tinha sido discutido individualmente com vários elementos da equipa e incorporado algumas sugestões.

Durante a sessão foi promovida a participação de todos os presentes, para que sentissem o projecto do serviço e da equipa. Encontra-se em anexo a apresentação que deu suporte à apresentação bem como o instrumento de trabalho que irá servir de suporte ao estágio. (APÊNDICE VI)

Ficou também acordado com a equipa, que seria registado no diário de enfermagem no turno da manhã e sublinhado o dia de algaliação, com o intuito de chamar a atenção da equipa médica e de enfermagem para o facto.

Foram feitas algumas observações em relação à importância das assistentes operacionais na prevenção da IACS e na prevenção da infecção urinária associada aos cuidados de saúde. Foi considerada, a importância da formação do grupo de assistentes operacionais, relativamente à prevenção de IACS.

Assim, e também com o intuito de que a implementação deste projecto fosse aceite por toda a equipa, foi então realizada a sessão de apresentação, formação e sensibilização para a equipa de assistentes operacionais. Esta sessão foi estruturada não só para apresentação do projecto, mas também para suprir algumas lacunas ao nível da prevenção da IACS (nomeadamente no doente algaliado) existentes nesta equipa e que foram observadas previamente, como já foi referido no objectivo anterior.

O projecto foi também apresentado à equipa médica, primeiramente a todos os chefes de equipa, numa reunião formal, que aconteceu a 18 de Outubro de 2011. Todos foram unânimes e receberam o projecto com satisfação, visto que, todas as equipas médicas iriam ter como parceira a equipa de enfermagem na monitorização da necessidade da algaliação e uma “supervisora/gestora” para a sua implementação. Ficou acordado, nesta reunião, que a equipa de enfermagem teria autonomia para desalgaliar o doente, excepto em condições cirúrgicas específicas (casos sinalizados à saída do bloco), em que o doente só seria desalgaliado após indicação médica.

Só com a participação da equipa multidisciplinar é possível desenvolver intervenções que previnem complicações iatrogénicas (PERMPONGKSOL, 2011).

Durante a manutenção do projecto, foi um constante desafio, promover a articulação entre os diferentes grupos profissionais tendo em conta a individualidade de cada um, mantendo a motivação da equipa com o intuito de fazer seguir um trabalho que está a ser implementado e que implica algumas mudanças na forma de actuação de cada profissional.

Como estratégia complementar foi também realizado um poster de sensibilização para a prevenção da infecção urinária associada à algaliação com um elemento da equipa, e que ficou afixado em três locais do serviço, nomeadamente salas de enfermagem e na unidade (APÊNDICE VII).

Foram monitorizados todos os doentes algaliados, tendo em conta o motivo de algaliação, tempo e necessidade da mesma, visto que, são vários os estudos que indicam que a intervenção activa de consulta diária e revisão da necessidade de um cateter reduz significativamente o número de dias de algaliação, bem como o número de CAUTIs (BERNARD, HUNTER e MOORE, 2012).

Um sistema de lembrete vai facilitar a desalgaliação, promovendo a reflexão da necessidade da algaliação, documentando-a e consequentemente facilitando o momento de tomada de decisão para a desalgaliação. Dailly (2011) refere que “um sistema de lembrete ajuda a equipa a perceber as razões da algaliação, facilitando a tomada de decisão no momento da desalgaliação”.

O sistema de lembrete serviu então para facilitar a monitorização, promovendo a avaliação diária da necessidade de algaliação, e teve como finalidade principal auxiliar a equipa multidisciplinar, na tomada de decisão para a desalgaliação o mais precocemente possível.

Referindo-se à prevenção da CAUTI, alguns autores defendem que intervenções eficazes e consistentes incluem acções educacionais, lembretes electrónicos ou em suporte de papel, e abordagens multifacetadas (Craig e Smyth, 2004).

5.2.1 Resultados da monitorização

A monitorização e implementação do “Lembrete” no serviço foi iniciada no dia 22/11/2011, após várias sessões de sensibilização e formação como acima referido.

Assim, no período de 22/11/2011 a 17/2/2012 estiveram internados 570 doentes, dos quais cerca de 50% (284 doentes) tinham idade superior ou igual a 65 anos, constituindo a população idosa hospitalizada no período de tempo supracitado. Repartindo esta população em grupos etários, foram considerados os seguintes intervalos: $\geq 65 < 75$; $\geq 75 < 85$; ≥ 85 . Considerando a mesma população (idade superior ou igual a 65 anos), tivemos cerca de 53% doentes com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (151 doentes), 34% doentes com idades compreendidas entre os 75 e os 85 anos (96 doentes) e com mais de 85 anos correspondiam 13% (37 doentes).

Tendo em conta a população total (570 doentes), foram algaliados 131 doentes, isto é, cerca de 19%. Destes 131 doentes algaliados, 79 (60%) tinham idade superior ou igual a 65, constituindo o grupo mais vulnerável à CAUTI, tendo em conta dados da evidência científica, já referida no enquadramento teórico.

São vários os motivos pelos quais os doentes são algaliados durante a sua hospitalização. Assim, e considerando o serviço onde decorreu a implementação deste projecto, serviço de Cirurgia Geral, os motivos de algaliação neste período de tempo, foram os seguintes: a monitorização da diurese no pós-operatório, lesão iatrogénica, retenção urinária no pós-operatório, hematúria, indicação cirúrgica, indicação médica, úlceras de pressão e infecção fúngica perineal grave.

Da população total de doentes algaliados (131 doentes) acima referidos, 95 (72%) foram algaliados para monitorização da diurese no pós-operatório, 2 (1%) mantiveram-se algaliados por lesão iatrogénica na cirurgia, 8 (6%) foram algaliados por retenção urinária, 1 (1%) por hematúria, 9 (7%) estiveram algaliados por indicação médica (maioritariamente para vigilância de características da urina, bem como registo rigoroso de diurese), 9 (7%) mantiveram-se algaliados por indicação cirúrgica (por exemplo: histerectomia, correcção de cistocelo, cirurgia laparoscópica), 2 (2%) por úlceras de pressão, infecção fúngica perineal grave e 2 (2%) foram algaliados no peri-operatório no bloco de urgência com causa desconhecida (não documentada).

A desalgaliação precoce, tendo em conta o tipo de cirurgia, entendeu-se como sendo antes do 5ª dia de algaliação, visto que segundo a evidência científica, existe “bacteriúria em 50% dos doentes algaliados por 5 dias ou mais” (LOEB et al, 2008).

Quanto ao tempo de algaliação e apenas considerando o grupo populacional com idade superior a 65 anos (79 doentes), por ser o grupo mais vulnerável e consequentemente mais susceptível à IACS, nomeadamente à CAUTI, estiveram algaliados por um período inferior a 5 dias, 44 doentes (56%); por um período superior ou igual a 5 dias e inferior a 14 dias, permaneceram algaliados 23 doentes (29%); e, por um período superior ou igual a 14 dias tivemos algaliados 12 doentes (15%).

Este último grupo de doentes (12), constitui o grupo com maior risco de CAUTI / bacteriémia, uma vez que segundo a literatura, já referida no enquadramento teórico, “a infecção urinária é inevitável ao fim de 14 dias de algaliação” (MARKLEW, 2004), podendo esta ser fatal no doente idoso.

Estes doentes mantiveram-se algaliados por um período superior ou igual a 14 dias por: necessidade de monitorização rigorosa da diurese no pós-operatório, lesão iatrogénica e agravamento da sua situação clínica. Foram promovidas as boas práticas de cuidados na manutenção do cateter, segundo as orientações já descritas anteriormente, no sentido de reduzir ao máximo o risco de CAUTI.

Encontra-se em anexo os gráficos que apresentam a monitorização dos doentes algaliados (APÊNDICE VIII).

Todo este percurso foi definido para atingir o objectivo geral (Implementar um projecto de prevenção de infecção urinária no idoso hospitalizado, pela desalgaliação precoce), tendo contribuído para a melhoria dos cuidados prestados ao idoso hospitalizado, nomeadamente no doente idoso algaliado, desenvolvimento profissional e pessoal da equipa e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista (área de especialização, saúde do idoso), demonstrando conhecimentos apoiados pela evidência científica.

6. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A realização deste projecto teve como principal objectivo a aquisição de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Pessoa Idosa), que a Ordem dos Enfermeiros (2009) preconiza como competências gerais, *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade”* e que são a nível de quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal: o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Gestão da qualidade: o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um, ambiente terapêutico e seguro;
- Gestão dos cuidados: o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: o enfermeiro especialista desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Penso ter adquirido competências para actuar ao nível destes quatro domínios, com a implementação deste projecto.

É importante a promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros no sentido de obter a sua especialização em áreas específicas uma vez que permite que a pessoa tenha cuidados de saúde mais direccionados e específicos tendo em conta as suas necessidades e da sua família.

Assim sendo, o enfermeiro especialista é segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Capítulo II, art.4 nº3)

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização de estudos superiores especializados em Enfermagem, 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”

Segundo o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, descrito por Patricia Benner, existem cinco níveis para a aquisição e desenvolvimento de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

A minha experiência e o contributo teórico e reflexivo dos últimos 13 anos na prestação de cuidados a doentes idosos permitiu-me adquirir um nível de proficiente que segundo Benner (2001) *“a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar”*.

Na minha prática diária cuido o doente idoso tendo em conta uma percepção profunda e sistematizada do mesmo com o objectivo de melhorar continuamente os cuidados prestados. A área de especialização Saúde do Idoso, inserida na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende responder às necessidades de saúde deste grupo. Assim, a Ordem dos Enfermeiros (2009) pretende que esta área de especialização (Saúde do Idoso) seja dirigida para os *“projectos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos contextos de vida”*.

Este projecto, cuja área é para mim de grande interesse pessoal e profissional, aliada à sua importância evidenciada na literatura científica, justifica a sua pertinência, e como tal, atingir um grau de perita. Segundo Benner (2001) *“a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”*.

7. LIMITAÇÕES / CONSTRANGIMENTOS

A implementação de um projecto traz sempre dificuldades que muitas vezes podem interferir com a mesma. Ultrapassar dificuldades e obstáculos favorece muitas vezes a união e motivação da equipa.

Um dos maiores constrangimentos ao longo do percurso efectuado foi o ter que cumprir datas entre as várias etapas. O facto de haver limites temporais e não havendo forma de controlar os obstáculos que se interpõem no nosso caminho, faz-nos definir estratégias para os contornar. Um dos exemplos disto ao longo deste percurso, foi a obtenção das autorizações por parte das várias entidades como a comissão de ética e o conselho de administração.

Muitas vezes a motivação da equipa pareceu estar a esbater-se, pelo que foi necessário criar formas de a reavivar, tendo sido este um dos grandes desafios da implementação deste projecto. Liderei uma equipa numerosa, heterogénea e com alguns elementos resistentes à mudança. No entanto, são estes que constituem o grande desafio para qualquer líder. A mudança de comportamentos é muitas vezes conseguida com muita insistência, paciência, demonstração e fundamentação adequada.

Apesar do projecto ter sido muito bem aceite pela equipa médica, a sinalização dos casos de iatrogenia, que obrigava a um prolongamento da algaliação nem sempre era definida de uma forma directa pelos mesmos, tendo sido talvez o maior constrangimento encontrado ao longo do estágio.

Quanto à equipa de enfermagem a maior dificuldade foi a desalgaliação de doentes mais dependentes, bem como dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos. Como referido na literatura e descrito no enquadramento teórico por Inelmen, Sergi e Enzi em 2007, a dificuldade de desalgaliação de doentes mais dependentes reside no conforto da equipa de prestação de cuidados. Após reflexão e promoção da discussão na equipa, esta questão suscitou primeiramente sentimentos de revolta mas, após análise dos factos e confrontando com a realidade, penso ter conseguido uma mudança de comportamentos a este nível. No entanto será sempre um “foco de luta” para trabalhar no futuro.

Por último, e apesar de na maioria das vezes ter havido consenso entre as várias equipas, nomeadamente entre a equipa médica e a de enfermagem, no momento da decisão da desalgaliação, nem sempre houve consenso de ideias. Penso, no entanto, que os episódios de divergência terão a ver com a não sinalização de complicações cirúrgicas intra-operatórias.

Em conclusão, para que um projecto aconteça, o caminho nunca é bem definido e é o ultrapassar de obstáculos e a redefinição de caminhos e estratégias que nos fazem sentir motivados para seguir em frente para alcançar os objectivos definidos.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS

No final do ano, pretendo fazer um balanço global da implementação e resultados do projecto à equipa multidisciplinar do serviço de cirurgia. Esta apresentação constituirá um momento de partilha e de formação para a continuação de uma prestação de cuidados de acordo com as orientações para uma boa prática clínica.

A minha pretensão com a implementação e desenvolvimento de um projecto ao nível da prevenção da IACS, é que esta tenha um efeito a longo prazo e não apenas no sentido de adquirir competências. Assim, mantenho a intenção de investir neste sentido, e promover a continuidade do mesmo e implementar outro tipo de actividades, com a finalidade de melhorar os cuidados ao idoso hospitalizado.

Fazendo parte do grupo coordenador da formação em serviço, sugeri para o ano 2012, sessões como: “Alterações do sono no doente idoso hospitalizado”, “Prevenção de quedas no doente idoso hospitalizado”, “Prevenção da Infecção cruzada associada aos cuidados de saúde num doente com *Clostridium Difficile*” e “Prevenção da IACS no doente cirúrgico”.

Fui também convidada, pelo Exmo. Sr. Director de Serviço e pela Sr.^a Enf. Chefe do serviço de Cirurgia II, para apresentar o tema “Prevenção da IACS no doente cirúrgico” nas próximas Jornadas de Cirurgia que decorrerão em Fevereiro de 2013.

Ao promover a mudança, penso estar a contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente idoso tendo em conta as suas fragilidades, bem como o aprofundamento de conhecimentos da equipa prestadora de cuidados e consequentemente promoção de uma prática baseada na evidência. Estes aspectos contribuem para uma visibilidade dos profissionais dos cuidados de enfermagem e da sua importância na saúde dos doentes internados.

Por ter sido considerado por todos um projecto importante no serviço, está prevista a continuidade do mesmo, estando as duas enfermeiras ligação da CCIH (onde estou incluída) responsáveis pelo mesmo. Sendo enfermeiras de ligação, pretendemos dar a conhecer este projecto a nível da instituição e dar contributos acerca das especificidades dos cuidados ao idoso hospitalizado.

Pretende-se assim, continuar a evidenciar a importância da equipa de enfermagem na desalgiação o mais precocemente possível e consequentemente na prevenção da IACS.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS / REFLEXÃO

Com a implementação deste projecto foi possível ao longo do percurso de estágio efectuado, a aquisição de competências de enfermeira especialista em Médico-Cirurgica, nomeadamente na área de saúde do idoso e não só ao nível da prevenção da IACS.

Com este estágio não foi possível verificar se houve uma diminuição dos números da infecção urinária associada à algaliação. No entanto, fica em aberto com a equipa a realização de um estudo de investigação que evidencie dados a esse nível.

Por ser um tema de grande preocupação a nível mundial, são vários os estudos efectuados ao nível da prevenção da IACS, nomeadamente infecção urinária associada à algaliação. É também um indicador de qualidade dos cuidados prestados e portanto de grande importância nomeadamente a nível hospitalar. Penso que estes pontos terão influenciado de uma forma muito positiva ao nível da aceitação do projecto na instituição e serviço de internamento onde o mesmo foi implementado.

O facto de haver um elemento responsável pela implementação do projecto, permitiu e continua a permitir a sua continuidade. A fundamentação teórica com esclarecimento das dúvidas que foram surgindo, possibilitou um aumento de conhecimentos e consequentemente uma prestação de cuidados mais individualizada e especializada ao nível da prevenção da IACS.

O grande desafio sentido durante o percurso efectuado e implementação deste projecto foi o manter a motivação e envolvimento de toda a equipa. Penso que o facto de terem sido formados grupos entre a equipa para pesquisa e resolução de duvidas existentes e realização de poster de sensibilização facilitou todo o processo.

Ao longo deste percurso fui “forçada” a pesquisar e reflectir sobre vários temas nomeadamente, cuidados ao idoso, fragilidades do idoso hospitalizado bem como susceptibilidade do mesmo, IACS, entre outros, e que me permitiu efectuar uma retrospectiva dos cuidados que prestei até à data e como serei como enfermeira especialista. Tenho a certeza que terei em conta vários aspectos de extrema importância nos cuidados ao doente hospitalizado (nomeadamente o idoso), que a pesquisa e aprofundamento de conhecimentos apenas está a começar, tendo um longo caminho para percorrer, no sentido de obter a excelência dos cuidados.

Com o crescente envelhecimento da população a nível mundial torna-se cada vez mais imperativa a existência de enfermeiros especialistas em geriatria, devendo este facto ser tido em conta pelas entidades governamentais responsáveis pela área da saúde.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X
- ❖ BERNARD, Michael S., HUNTER, Kathleen F., MOORE, Katherine N. – A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. **Urologic Nursing**. [em linha]. Volume 32, Número 1 (Janeiro-Fevereiro, 2012), p. 29-37. ISSN: 105 3816 X. Acedido em 2/3/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=8538be7a-e5cf-4b0f-8763-1afa59596e82%40sessionmgr4&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=71819298>.
- ❖ BLODGETT, Tom J. – Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. **Urologic Nursing**. [em linha]. Volume 29, Número 5 (Setembro-Outubro, 2009), p. 369-378. ISSN: 105 3816 X. Acedido em 16/4/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c6d2cc36-ecc8-4010-b711-e5588db3eb81%40sessionmgr13&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=47335353>.
- ❖ BOWLS, Bonnie et al – Hospital Perspectives on Reducing and Preventing Readmissions. **Healthcare Financial Management Association**. [em linha]. Volume 65, Número 12 (Dezembro, 2011), p. 1-6. ISSN: 0735 0732. Acedido em 2/3/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=97700428-cb99-483a-a48c-e7d7d07bdd9b%40sessionmgr14&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=bth&AN=69683049>
- ❖ BRAVO, Carlos Verejo (2003) – Incontinencia Urinaria. In: SALGADO, Alberto; GUILLÉN, Francisco; RUIPÉREZ, Isidoro - **MANUAL DE GERIATRIA**. Barcelona: Masson, 2003. ISBN: 84-458-1165-7. p. 679 – 690
- ❖ CABETE, Dulce Gaspar (2005) – **O Idoso, a Doença e o Hospital Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-89-4

- ❖ CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4
- ❖ CRUZ, Arménio Guardado; LOPES, José Manuel Seco (1999) – A Incontinência Urinária no Idoso. In: COSTA, M^a Arminda Mendes et al – **O Idoso Problemas e Realidades**. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN: 972-8485-07-7. p. 149 -179
- ❖ COMALLONGA, Montserrat Isach; ZAMARRIEGO, Gloria Izquierdo (2003) – Fisiologia del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. In: SALGADO, Alberto; GUILLÉN, Francisco; RUIPÉREZ, Isidoro - **MANUAL DE GERIATRIA**. Barcelona: Masson, 2003. ISBN: 84-458-1165-7. P. 63 – 76
- ❖ DAILLY, Sue – PREVENTION OF INDWELLING CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS. **NURSING OLDER PEOPLE**. [em linha]. Volume 23, Número 2 (Março, 2011). P.14-19. ISSN: 1472-0795. Acedido em 12/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=12&sid=eecfd284-980d-4e01-a5e04417197d9c9e%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010977260>
- ❖ DALLACORTE, Roberta R.; SCHNEIDER, Rodolfo H.; BENJAMIN, Winston W. – Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. **Scientia Medica**. [em linha]. Volume 17 nº4 (Outubro/Dezembro, 2007). p.197-204. Acedido em 10/06/2011. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2100/2750>
- ❖ DESPACHO nº 18052/2007. **D.R. II Série**. 156 (07-08-14) 23216
- ❖ EL-AWADY, M.Y. et al – Hospital Acquired Infections in Madinah-KSA: Epidemiology and Intervention for reduction. **Journal of Medicine and Biomedical Sciences**. [em linha]. Número 2 (Maio, 2010), p. 41-46. ISSN: 2078 0273. Acedido em: 2/3/2012. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=52519791&site=ehost-live>
- ❖ FITZPATRICK, Joyce; WHALL, Ann (1983) – **Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application**. Pennsylvania: Fairfield Graphics. ISBN: 0-89303-233-6

- ❖ FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- ❖ FRAGOEIRO, Isabel - Compreender as diversidades da pessoa. **Nursing**. Número 193 (Novembro, 2004), p. 12-14. ISSN 0871-6196
- ❖ FULMER, Terry – How to try this: Fulmer Spices. **American Journal of Nursing**. [em linha]. Volume 107, número 10 (outubro, 2007), p. 40-48. ISSN: 0002-936. Acedido em 22/6/2011. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=7b9701e4-ec01-4245-8add-c3edd271e8d0%40sessionmgr12&vid=1&hid=17&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009690678>
- ❖ FULOP, T. et al – Aging, frailty and age-related diseases. **Biogerontology**. [em linha]. Número 11 (junho, 2010), p. 547-563. ISSN: 1389-5729. Acedido em 24/5/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fabe601d-0c2d-49cc-b8b7-1cdbc41f352%40sessionmgr11&vid=5&hid=17>
- ❖ GETLIFFE, Kathryn; DOLMAN, Mary (2007) – **Promoting Continence, a Clinical and Research Resource**. 3ª edição. Philadelphia: Elsevier. ISBN: 978-0-443-10347-6
- ❖ GOTELLI, John et al – A Quality Improvement Project to Reduce the Complications Associated With Indwelling Urinary Catheters. **Urologic Nursing**. [em linha]. Volume 28, Número 6 (Dezembro, 2008), p. 465-473. ISSN:1053-816 X. Acedido em: 10/10/2011. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9867083e-b39a-4a37-8392-2f9a635f929e%40sessionmgr4&vid=5&hid=17>
- ❖ GRAY, Mikel; MOORE, Katherine (2012) – **Cuidados de Enfermagem em Urologia, no Adulto e na Criança**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-74-5
- ❖ HARVEY, Paula; WILSON, Dan – The Role of the Specialist nurse in an Acute Assessment and Liaison Service. **Nursing Older People**. [em linha]. Volume 21, Número 10 (Dezembro, 2009), p. 24-28. ISSN: 1472-0795. Acedido em 14/3/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=227de0e7-f554-41c5-a5e9-bd3899be7264%40sessionmgr4>

- ❖ HEALTHCARE INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE (2009) – **Guideline for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections 2009**. [s.n] [s.l] Acedido em: 04/10/2011. Disponível em:
http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html
- ❖ HENDERSON, Virginia (2007) – **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-00-0
- ❖ HENDERSON, Virginia; NITE, Gladys (1978) – **Principles and Practice of Nursing**. 6ª edição. New York: Macmillan Publishing Co. ISBN: 0-02-353580-6
- ❖ INELMEN, Emine; SERGI, Giuseppe; ENZI, Giuliano – When are indwelling urinary catheters appropriate in elderly patients?. **Geriatrics**. [em linha]. Volume 62, Número 10 (Outubro, 2007). p. 18-22. ISSN: 0016-867X. Acedido em: 14/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=b1092afe-be08-40c5-b1be-2feb2d0238c1%40sessionmgr14>
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011) – **Censos 2011**. Lisboa: INE. ISBN: 978-989-25-0148-2
- ❖ JOHNSON, James; KUSKOWSKI, Michael; WILT, Timothy – Systematic Review: Antimicrobial Urinary Catheters To Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients. **Annals of Internal Medicine**. [em linha]. Volume 144, Número 2 (Janeiro, 2006). p.116-126. ISSN: 1539-3704. Acedido em: 14/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ KAMDAR, Ami; YAHYA, Abdus; THANGARAJ, Latha – Retrospective observational study of the incidence of short-term indwelling urinary catheters in elderly patients with neck of femur fractures. **Geriatrics Gerontology**. [em linha]. Volume 9, Número 2 (Junho, 2009). p.131-134. ISSN: 1444-1586. Acedido em 14/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ LOEB, Mark et al – STOP ORDERS TO REDUCE INAPPROPRIATE URINARY CATHETERIZATION IN HOSPITALIZED PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. **Journal of General Internal Medicine**. [em linha]. Volume

23, Número 6 (Junho, 2008). p. 816-820. ISSN: 1525-1497. Acedido em 10/6/2012. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>

- ❖ MACKENZIE, Jo-Ann L. et al – Hospital Nurses' Perceptions of the Geriatric Environment in One Canadian Health Care Region. **Journal of Nursing Scholarship**. [em linha]. Volume 43, Número 2 (Junho, 2011), p. 181-187. Acedido em: 7/3/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ MADEO, Maurice; ROODHOUSE, Alison – Reducing the risks associated with urinary catheters. **Nursing Standard**. [em linha]. Volume 23, Número 29 (Março, 2009). p. 47-54. ISSN: 0029-6570. Acedido em: 14/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ MARKLEW, Anna – Urinary catheter care in the intensive care unit. **Nursing in Critical Care**. [em linha]. Volume 9, Número 1 (Janeiro/ Fevereiro, 2004). p. 21-27. ISSN: 1362-1017. Acedido em: 14/6/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10&vid=29&hid=7>
- ❖ MEDDINGS, Jennifer et al – Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. **Clinical Infectious Diseases**. [em linha]. Volume 51, Número 5 (Setembro, 2010), p. 550-560. Acedido em 16/4/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=32&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=dah&AN=DARE-12010008034>
- ❖ MONIZ, José Manuel (2003) – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa. A prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-49-5

- ❖ PERMPONGKOSOL, Sompol – Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. **Clinical Intervention in Aging**. [em linha]. Volume 6 (Junho 2011). p.77-82. ISSN 1178-1998. Acedido em 10-06-2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=13&sid=70e1a3a6-b52d-4be4-a69420bc0c6824be%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21472095>
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista**. [s.n][s.l]. Acedido em 11/4/2012. Disponível em: www.ordemdosenfermeiro.pt
- ❖ PINA, Elaine et al – Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [em linha]. Volume 28, número 1 (Janeiro/Junho 2010), p. 19-30. Acedido em: 21/10/2011. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a03.pdf
- ❖ RAMOS, Sérgio – Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto. Fevereiro, 2008. p. 1-43. Acedido em: 28/2/2012. Disponível em: http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf
- ❖ ROACH, Sally (2003) – **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. ISBN: 85-277-0860-4
- ❖ ROWLEY, Stephen; RUFFELL, Alison; BEER, Jeanette – High Impact Actions: Fighting Infection. **Nursing Management**. [em linha]. Volume 17, Número 16 (Outubro, 2010), p.14-19. ISSN: 13545 760. Acedido em: 2/3/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=41&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ RUIVO, M^a Alice; FERRITO, Cândida – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. [em linha]. Nº 15 (Março, 2010), p. 1-37. ISSN: 1646-5067. Acedido em: 15/2/2012. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html
- ❖ SEQUEIRA, Carlos (2010) – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0

- ❖ SIQUEIRA, Ana B. et al – Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**. [em linha]. Volume 38, Número 5 (2004). p. 687-694. Acedido em: 19/06/2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21757.pdf
- ❖ SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (2004) – **INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NO IDOSO**. Projecto Directrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.[em linha]. []. Acedido em: 16/7/2011. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/20-Infecurinaria.pdf
- ❖ TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- ❖ UNDERWOOD, Frazer; BURNETT, Wendy – Frail older people and emergency care . **Nursing Older People**. [em linha]. Volume 24, Número 1 (Fevereiro, 2012), p.13-13. ISSN: 1472-0795. Acedido em: 14/3/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ VILLAS BOAS, J.; RUIZ, T. – Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**. [em linha]. Volume 38, Número 3 (2004). p.372-378. Acedido em 14/6/2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20653.pdf
- ❖ VOSS, AnnMarie – Incidence and Duration of Urinary Catheters in Hospitalized Older Adults, Before and After Implementing a Geriatric Protocol. **Journal of Gerontological Nursing**. [em linha]. Volume 35, Número 6(2009). p.35-41. ISSN: 0098-9134. Acedido em: 14/6/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>
- ❖ WAGENLEHNER, Florian; NABER, Kurt; WEIDNER, Wolfgang – Asymptomatic Bacteriúria in Elderly Patients – Significance and Implications for Treatment. **Drugs Aging**. [em linha]. Volume 22, Número 10 (2005). p. 801-807. ISSN: 1170-229 X. Acedido em: 16/5/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=45&hid=7&sid=0b7853a6-90a2-49e4-b0ce-6190b9796e1e%40sessionmgr10>

- ❖ WALLACE,M.; FULLMER,T. (2003) – Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool of Older Adults. **ALABAMA NURSE**. [em linha]. (Setembro/Novembro, 2003). Acedido a 16/7/2011 disponível em: www.annalsoflongtermcare.com/article/6911
- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **Prevention of a hospital-acquired infections. A practical Guide**. Acedido em: 7/3/2012. Disponível em: www.who.int/csr/.../whodscsreph200212.pdf
- ❖ <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/358/Default.aspx> Acedido em: 22/4/2012
- ❖ www.ine.pt Acedido em 1/7/2012
- ❖ <http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/cauti/Pages/home.aspx> Acedido em: 12/6/2012

ANEXOS

APÊNDICES

ANEXO I: CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

2º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRURGICA

VERTENTE PESSOA IDOSA

Cronograma de Estágio - 3º Semestre

ANOS	2011													2012						
MESES	Outubro				Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro	
DIAS	3	10	17	24	1	7	14	21	28	5	12	19	26	3	9	16	23	30	6	13
	9	16	23	31	6	13	20	27	4	11	18	25	2	8	15	22	29	5	12	17
CCIH																				
Serviço de Cirurgia II																				
Pesquisa bibliográfica																				
Elaboração do Relatório																				

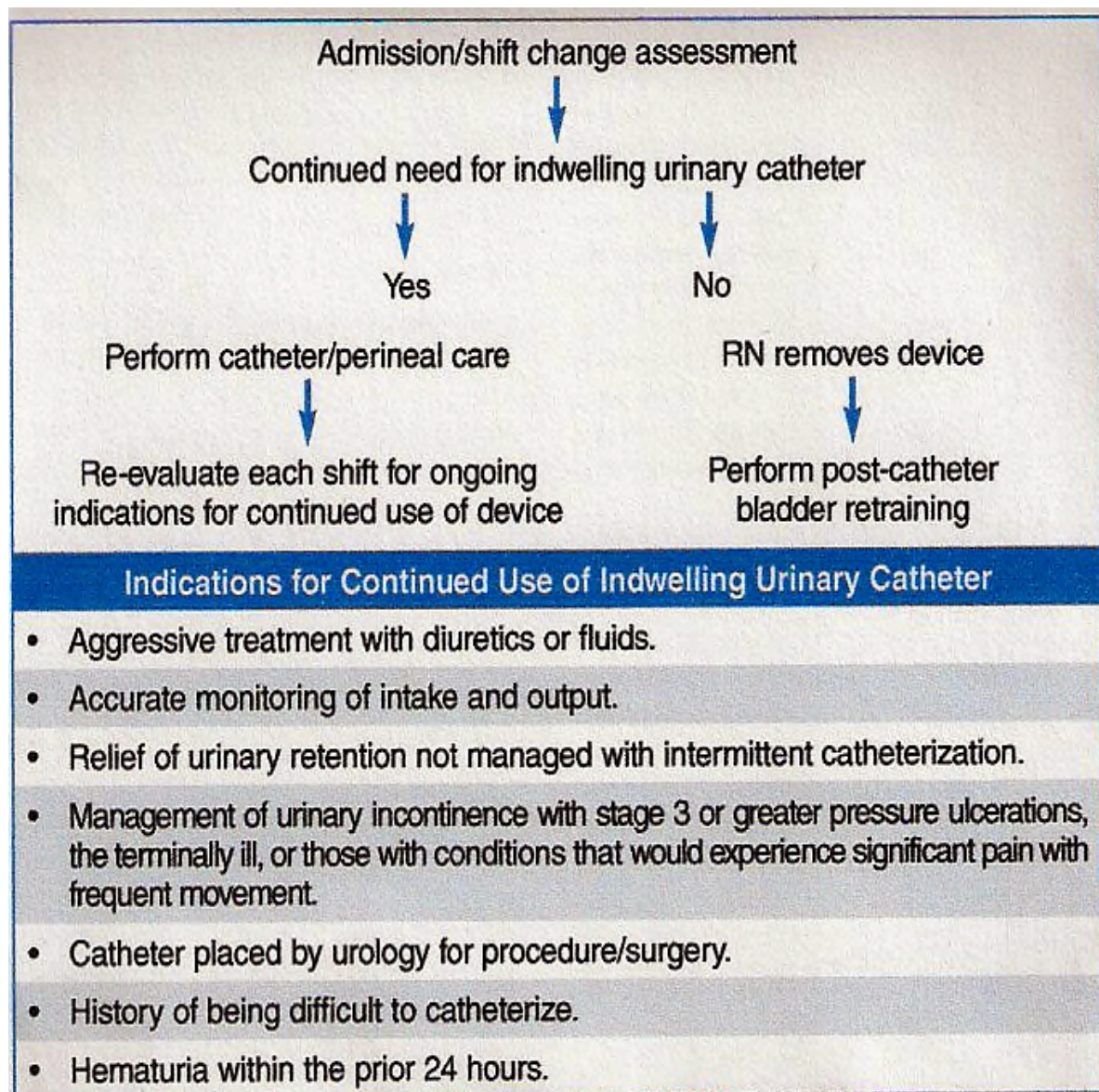
Discente: Maria do Rosário Santos Ferreira Correia

Orientadora: Profª Maria Graça Melo

ANEXO II: ALGORITHM FOR REMOVAL OF UNNECESSARY INDWELLING URINARY CATHETERS

Fonte: Nurse-Driven Protocol, Indwelling Urinary Cateter Removal

ALGORITHM FOR REMOVING OF UNNECESSARY INDWELLING URINARY CATHETERS



ANEXO III: AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira /CHLN)

Membros

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Ana Luisa Figueiras (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Enfª. Maria do Rosário Santos Ferreira Correia

Serviço de Cirurgia II

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 9 de Janeiro de 2012

Assunto: Projecto de Investigação “Prevenção da infecção urinária do idoso algaliado pela desalgaliação precoce”, no âmbito do 2º Curso Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Relator – Prof. Doutor António Vaz Carneiro

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 7 de Dezembro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar autorização da Enfª Chefe bem como do Director do Serviço envolvido, presentemente concedidas.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DIRECTOR DE SERVIÇO CIRURGIA II



De: Cirurgia II PISO 5 - CODIGO: 05100505 05100510

EM: 29/04/10

PARA: Ex.mo Sr. Prof. Dr. Bicha Castelo

TEXTO

Assunto: Pedido de elaboração de projecto “Prevenção da infecção urinária no doente algaliado pela desalgaliação precoce”

Eu, Maria do Rosário Santos Ferreira Correia, enfermeira a exercer funções no Serviço de Cirurgia 2 - Piso 5, vem por este meio pedir autorização para efectuar um estudo académico no serviço acima citado.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a elaborar um projecto sobre a “Prevenção da infecção urinária do idoso algaliado pela desalgaliação precoce”.

Este projecto requer o levantamento de dados nomeadamente a consulta de processos clínicos a nível da algaliação, manutenção e duração da mesma, visando a melhoria dos cuidados pela prevenção da infecção urinária em doentes algaliados.

Ficando ao dispor de V. Ex.ma para qualquer esclarecimento que se torne necessário.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

(M^a Rosário Correia)

(N^o Mec. 13489)

Professor Doutor Henrique Bicha Castelo
Director do Serviço de Cirurgia II do CHLN

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO ENFERMEIRA CHEFE CIRURGIA II

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

De: Cirurgia II PISO 5 - CODIGO: 05100505 05100510

EM: 29/04/10

PARA: Ex.mo Sr.ª Enf.ª Chefe Mª Dorcas Martins

TEXTO

Assunto: Pedido de elaboração de projecto "Prevenção da infecção urinária no doente algaliado pela desalgaliação precoce"

Eu, Maria do Rosário Santos Ferreira Correia, enfermeira a exercer funções no Serviço de Cirurgia 2 - Piso 5, vem por este meio pedir autorização para efectuar um estudo académico no serviço acima citado.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a elaborar um projecto sobre a "Prevenção da infecção urinária do idoso algaliado pela desalgaliação precoce".

Este projecto requer o levantamento de dados nomeadamente a consulta de processos clínicos a nível da algaliação, manutenção e duração da mesma, visando a melhoria dos cuidados pela prevenção da infecção urinária em doentes algaliados.

Ficando ao dispor de V. Ex.ma para qualquer esclarecimento que se torne necessário.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

(Mª Rosário Correia)

(Nº Mec. 13489)

Este projecto tem muito interesse e é pertinente porque vai de encontro ao projecto do Serviço de Prevenção da Infecção.

Mª Dorcas Martins
Enfermeira Chefe
6596

ANEXO VI: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO CHLN



Exma. Senhora
Enf.^a Maria do Rosário Correia
Serviço de Cirurgia II
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Ref^a PCA - 24.JAN.2012 - 0063

Assunto: Projecto de Investigação "Prevenção da infecção urinária do idoso algaliado pela desalgaliação precoce".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 20 de Janeiro de 2012.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE TRABALHO DESENVOLVIDO

DATA:
DIAGNÓSTICO:

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ALGALIAÇÃO																																																																							
..... Dia Algáliação	ALGALIAÇÃO	NSC OU VINHETA																																																																					
HÁ NECESSIDADE DE MANTER O DOENTE ALGALIADO?																																																																							
SIM	PORQUÊ? <table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="width: 30px;">13H</td><td style="width: 150px;"></td></tr><tr><td>21H</td><td></td></tr><tr><td>7H</td><td></td></tr></table>	13H		21H		7H		NÃO																																																															
13H																																																																							
21H																																																																							
7H																																																																							
CUIDADOS NA MANUTENÇÃO CATETER <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th></th><th colspan="2">7h</th><th colspan="2">13h</th><th colspan="2">21h</th></tr><tr><th></th><th>S</th><th>N</th><th>S</th><th>N</th><th>S</th><th>N</th></tr></thead><tbody><tr><td>O cateter está fixo?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>O cateter está obstruído?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>O saco coletor desconetou-se do cateter?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>O saco coletor encontra-se abaixo do nível da bexiga?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Higiene perineal apropriada?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Desinfecção torneira saco coletor após despejo?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Saco coletor despejado para saco/recipiente individual?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> REAVALIAR EM CADA TURNO AS INDICAÇÕES PARA MANTER A ALGALIAÇÃO <table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td style="width: 30px;">7h</td><td style="width: 100px;"></td></tr><tr><td>13h</td><td></td></tr><tr><td>21h</td><td></td></tr></table> REMOÇÃO DO CATETER ÀS HORAS Nº Mec. VIGIAR MICÇÃO ESPONTÂNEA HORA Nº Mec				7h		13h		21h			S	N	S	N	S	N	O cateter está fixo?							O cateter está obstruído?							O saco coletor desconetou-se do cateter?							O saco coletor encontra-se abaixo do nível da bexiga?							Higiene perineal apropriada?							Desinfecção torneira saco coletor após despejo?							Saco coletor despejado para saco/recipiente individual?							7h		13h		21h	
	7h		13h		21h																																																																		
	S	N	S	N	S	N																																																																	
O cateter está fixo?																																																																							
O cateter está obstruído?																																																																							
O saco coletor desconetou-se do cateter?																																																																							
O saco coletor encontra-se abaixo do nível da bexiga?																																																																							
Higiene perineal apropriada?																																																																							
Desinfecção torneira saco coletor após despejo?																																																																							
Saco coletor despejado para saco/recipiente individual?																																																																							
7h																																																																							
13h																																																																							
21h																																																																							

INDICAÇÕES PARA MANTER A ALGALIAÇÃO:

- **REGISTO RIGOROSO DE DIURESE**
 - **RETENÇÃO URINÁRIA**
 - **PRESCRIÇÃO MÉDICA**
 - **HEMATÚRIA**

OBSERVAÇÕES:

**APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO QUE SERVIU DE SUPORTE PARA A
SESSÃO “HIGIENE DAS MÃOS NA PREVENÇÃO DA IACS”**

Higiene das Mãos na Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

M^a ROSÁRIO CORREIA
MARGARIDA FONSECA

DEZEMBRO, 2011

OBJECTIVO GERAL

Informar a equipa de saúde sobre a importância da higiene das mãos na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS)



DEFINIÇÃO IACS



“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”.

Ducl G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002

Consequências das IACS



- Agravamento do estado de saúde
- Aumento do período de internamento
- Aumento da mortalidade/morbilidade
- Custos económicos adicionais elevados
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



A higienização das mãos é o procedimento mais importante na prevenção e no controlo das infecções hospitalares.

O objectivo principal do processo de higienização das mãos é o de reduzir a transmissão de microrganismos pelas mãos, prevenindo as infecções, uma vez que as mãos são o instrumento mais utilizado na prestação de cuidados ao doente.

A pele das mãos tem dois tipos de flora microbiana:

- I - Flora transitória
- II - Flora residente

Flora Transitória



- I - A **flora transitória** fica localizada na superfície da pele e é formada por microrganismos que adquirimos no contacto com o ambiente, quer seja animado (pessoas) ou inanimado (material).
- Qualquer tipo de microrganismo pode ser encontrado transitoriamente nas mãos, apesar de ser mais comum encontrar bacilos Gram negativo (p.ex. *Escherichia coli* e *Pseudomonas*) e cocos Gram positivo (p.ex. *Staphylococcus*) – os agentes bacterianos mais frequentemente causadores de infecção hospitalar.
- Têm um curto tempo de sobrevivência, um elevado potencial patogénico e são facilmente transmitidos por contacto. A lavagem das mãos com sabão simples remove-os com facilidade.

Flora Residente



- II - A **flora residente** existe normalmente na epiderme onde se multiplica, tendo funções importantes de prevenção da colonização com a flora transitória.
- Raramente causa doença a não ser quando introduzida traumáticamente nos tecidos ultrapassando as barreiras naturais, pelo que tem pouco significado nos procedimentos clínicos de rotina.
- Estes microrganismos não são facilmente removidos pela acção mecânica da lavagem das mãos sendo necessário recorrer à acção química de um anti-séptico associado ou não ao agente de lavagem.

Transmissão de Microrganismos através das Mãos

- As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às IACS



Transmissão de Microrganismos através das Mãos

- Microrganismos presentes em áreas intactas da pele do doente:
S. aureus, P. mirabilis, Klebsiella, Acinetobacter
- A principal fonte de contaminação no ambiente resulta da descamação da pele das pessoas presentes

The Lancet Infectious Diseases 2006
- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante as actividades "limpas"
(100 -1.000 ufc de *Klebsiella*)
- Flora transitória
(ex. avaliação de pulso, TA, posicionamentos)



Transmissão de Microrganismos através das Mãos

- Num hospital geral, 29% dos profissionais transportam nas mãos *Staphylococcus aureus* e 17-30% transportam bacilos Gram negativos
- Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre doentes e pelo ambiente, ocorreu através das **mãos dos profissionais de saúde**



Lavar as mãos é um acto simples, no entanto, muitas vezes não as lavamos da melhor forma



- Áreas frequentemente esquecidas durante a lavagem das mãos
- Áreas pouco esquecidas durante a lavagem das mãos
- Áreas não esquecidas durante a lavagem das mãos

LAVAGEM CORRECTA DAS MÃOS



Quando se devem lavar/higienizar as mãos?



Guidelines da OMS - Higienização das Mãos

- Higiene das mãos com água e sabão
 - ✓ mãos estiverem visivelmente sujas
 - ✓ após exposição a sangue ou fluidos orgânicos
 - ✓ após ida aos sanitários
- A adopção da Higiene das mãos por fricção com SABA é a medida preconizada para todas as outras situações clínicas



TEMPO

PRINCIPAL OBSTÁCULO PARA A HIGIENE DAS MÃOS

Adequada lavagem das mãos com água e sabão requer:
40-60 seg

Tempo médio dispendido pelos profissionais é de **< 10 seg.**



DGS, 2010



LAVAGEM VERSUS FRICÇÃO

40 a 60 segundos



ou

20 a 30 segundos



5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



QUANDO?

Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele

PORQUÊ?

Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.

Alguns exemplos:

- Dar um aperto de mão
- Posicionar
- Auscultar
- Proceder à palpação abdominal



QUANDO?

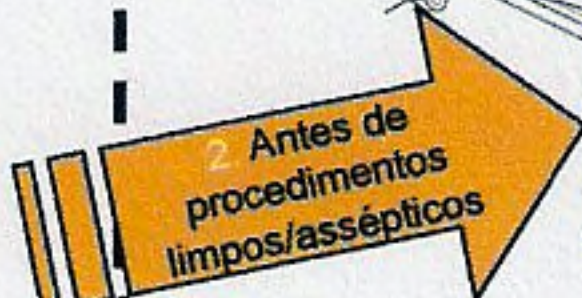
Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.

PORQUÊ?

Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora

Alguns exemplos:

- Aspiração de secreções
- Realização de pensos
- Injecção
- Punções venosas
- Abertura de sistema de acesso vascular ou de drenagem
- Preparação e administração de medicação
- Preparação de alimentação



QUANDO?

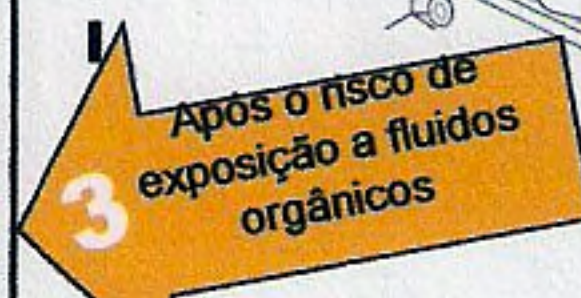
Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não

PORQUÊ?

Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos da doente

Alguns exemplos:

- Aspiração de secreções
- Aplicação de colírios
- Realização de pensos
- Administração de medicação
- Manipulação de fluidos
- Cuidados de higiene
- Contacto com vômito, fezes, urina, secreções
- Limpeza de material/ áreas (wc, dispositivos médicos)



QUANDO?

Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.

PORQUÊ?

Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente

Alguns Exemplos:

- Aperto de mão
- Ajudar a posicionar
- Cuidados de higiene
- Avaliação de tensão arterial
- Palpação abdominal
- Auscultação cardíaca



QUANDO?

Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente

PORQUÊ?

Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente

Alguns Exemplos:

- Mudar roupa da cama
- Ajustar a perfusão
- Desligar alarme de perfusoras
- Limpar as mesas de cabeceira
- Manipular as barras da cama...



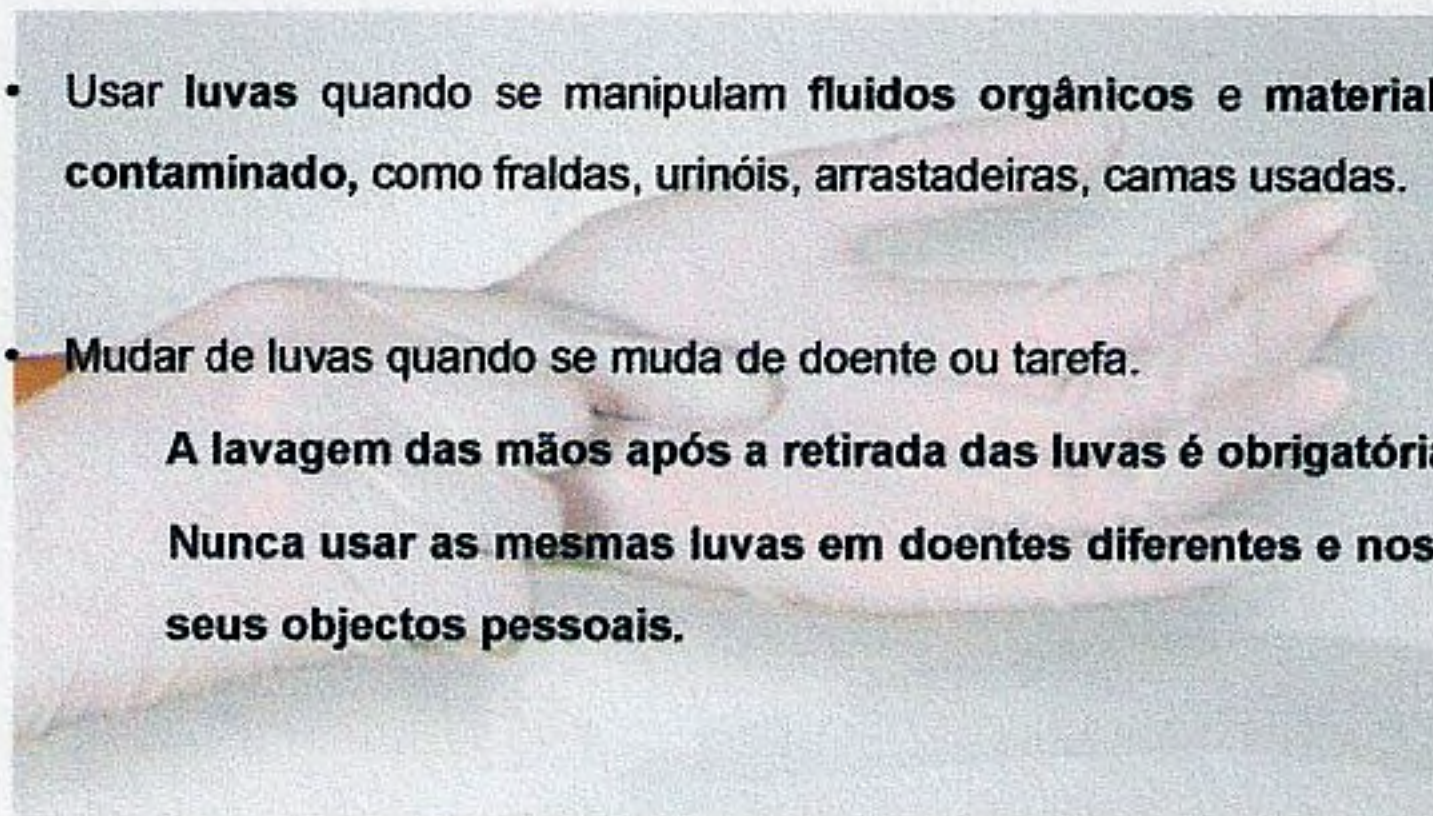
UTILIZAÇÃO DE LUVAS

- Usar luvas quando se manipulam fluidos orgânicos e material contaminado, como fraldas, urinóis, arrastadeiras, camas usadas.

- Mudar de luvas quando se muda de doente ou tarefa.

A lavagem das mãos após a retirada das luvas é obrigatória.

Nunca usar as mesmas luvas em doentes diferentes e nos seus objectos pessoais.

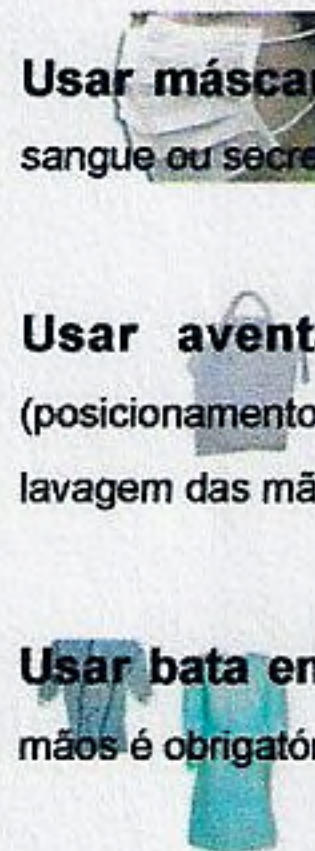


- **Usar máscara em:** Situações nas quais possam ocorrer espirros de sangue ou secreções nos profissionais.

- **Usar avental quando:** Provável contaminação do vestuário (posicionamento de doentes, mudança de fraldas). Após retirar o avental, a lavagem das mãos é obrigatória.

- **Usar bata em:** Doentes infectados. Após retirar a bata, a lavagem das mãos é obrigatória.

Mudar sempre de bata ou avental quando se muda de doente.



EM JEITO DE CONCLUSÃO...

- TER EM CONTA OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- HIGIENIZAR AS MÃOS ENTRE DOENTES E/OU PROCEDIMENTOS
- HIGIENIZAR AS MÃOS QUANDO SE MUDAM AS LUVAS
- MUDAR AVENTAL ENTRE DOENTES

CAMINHO OBRIGATÓRIO

PREVENÇÃO INFECÇÃO DAS IACS

*medidas simples
salvam vidas*



Obrigado:

Enf. Margarida Fonseca

Enf. M^a Rosário Correia

**APÊNDICE III: APRESENTAÇÃO QUE SERVIU DE SUPORTE PARA A
SESSÃO “DOENTE IDOSO HOSPITALIZADO ALGALIADO
PERMANENTEMENTE – ESTUDO DE CASO”**

DOENTE IDOSO HOSPITALIZADO ALGALIADO PERMANENTEMENTE

ESTUDO DE CASO

M^{te} ROSÁRIO CORREIA
FEVEREIRO, 2012

OBJECTIVOS

OBJECTIVO GERAL

Compreender a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da infecção urinária no doente idoso algaliado

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente idoso algaliado
- ◆ Promover a reflexão sobre cuidados prestados ao idoso algaliado

SUMÁRIO

- ❖ CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA
- ❖ CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA
- ❖ CARACTERIZAÇÃO SITUAÇÃO HABITACIONAL
- ❖ CONTEXTO DE VIDA
- ❖ GENOGRAMA
- ❖ ANTECEDENTES PESSOAIS
- ❖ HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL
- ❖ OBSERVAÇÃO FÍSICA
- ❖ TERAPÊUTICA ACTUAL
- ❖ AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO
- ❖ PLANO DE CUIDADOS (CIPE – VERSÃO 2)

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nome: J.T.
Naturalidade: Alenquer
Nacionalidade: Português
Sexo: Masculino
Idade: 66 anos
Religião: Católico
Residência: Camarnal (Alenquer)
Escolaridade: 4ª Classe

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- ECONÓMICA

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA



Estado Civil: Casado
Filhos: 2
Netos: 4
Profissão: Mecânico Reformado

CARACTERIZAÇÃO SITUAÇÃO HABITACIONAL



CARACTERIZAÇÃO SITUAÇÃO HABITACIONAL



TIPO DE RESIDÊNCIA: Moradia
Nº QUARTOS: 3
SALA: 1
COZINHA: 1
CASA DE BANHO: 1
Nº DE PESSOAS A HABITAR NA RESIDÊNCIA: 2

CONTEXTO DE VIDA

- O Sr. J.T., 66 anos é natural de Alenquer, conselho onde reside com a esposa (Sr.ª H.S.) mais precisamente em Camamal.
- Têm 2 filhos, ambos residentes no conselho de Alenquer, casados.
- O mais velho é Técnico de Aeronaves e o mais novo é Director de Vendas.
- Actualmente bom apoio familiar
- Tem dois irmãos, casados e também residentes no conselho de Alenquer.
- O Sr. J.T. está reformado há 16 anos, antigo mecânico de estruturas, soldador e camionista.
- Há cerca de 22 anos por problemas familiares desenvolveu um síndrome ansioso (Crise de dispneia, palpitações e dor retroesternal), tendo sido medicado por psiquiatra e sendo seguido actualmente pelo médico de família.

GENOGRAMA



ANTECEDENTES PESSOAIS



ANTECEDENTES PESSOAIS



Hemiorrafia inguinal esq. há 20 anos
Hemiorrafia inguinal dta + correcção de hidrocelo há 16 anos
Artroscopia joelho dto há 3 anos
Hemorroidectomia há 20 anos
Síndrome ansioso
Refere alergia a medicamento para o colesterol que não sabe especificar
Ex-fumador (Fumou dos 17 aos 45 anos cerca de 3 maços por dia)
Bebia cerca de 1 litro de vinho ao almoço até lhe ter sido diagnosticado o T. do recto

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

- Em Dezembro 2010 o sr. J.T. inicia quadro de dejeções sangue escuro e tenesmo, recorrendo por esse motivo ao médico de família
- Fevereiro 2010 realiza colonoscopia + biópsias (**Tumor do recto**)
- Realizou radioterapia e quimioterapia
- Submetido a RAR + Ileostomia de protecção + Drenagem pélvica + Apendicectomia profiláctica a 21/7/2011 (**1ª ALGALIAÇÃO**)
- A 23/7/2011 é realgaliado por **Retenção Urinária** → **Treino Vesical**
- Inicia quadro febril a 25/7/2011 (Colheita de urina + exsudato ferida operatória infectada)
- (A 25/7/2011 inicia "treino vesical" com retirada de saco colector e colocação de spigot na extremidade da algália por Indicação Médica)

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

- Urina – Exame Bacteriológico: "Enterococcus Faecalis"
- **2ª realgaliação** a 28/7/2011 por Retenção Urinária (Mantém quadro febril)
- Doente mantém "esquema de treino vesical 2/2 horas" por Indicação Médica
- Alta a 8/8/2011 Algaliado (treino vesical)
- Reinternado a 6/9/2011 com o diagnóstico de Status pós RAR
- Sub-oclusão Intestinal + ITU
(Quando recorre ao Serv. Urgência refere fazer esvaziamento vesical 3/3h)
- Urina – Exame Bacteriológico (6/9/2011) : "Escherichia Coli"
(Lavagens Vesicais por Hematúria)
- **3ª realgaliação** a 11/9/2011 por Retenção Urinária
- Alta a 20/9/2011 algaliado

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

- Reinternado a 27/9/2011 por Sub-oclusão intestinal
- **4ª realgaliação** a 27/9/2011 por retenção Urinária
- Submetido a Lise de bridas + Drenagem de abscesso pélvico a 29/9/2011
- Urina – Exame Bacteriológico: "Escherichia Coli"
- Alta a 5/10/2011 algaliado
- Reinternado a 9/10/2011 por Sub-oclusão intestinal
- Hematúria – Lavagens vesicais
- **5ª realgaliação** a 11/10/2011 com Algália 3 vias
(Inicia lavagem vesical contínua)
- Urina – Exame Bacteriológico: "Escherichia Coli"

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

- **6ª Realgaliação** a 17/10/2011 por Retenção Urinária
- Alta a 19/10/2011 algaliado
- Reinternado a 26/10/2011 por Sub-oclusão intestinal + Infecção Urinária
- Hematúria
- Submetido a Enterectomia Segmentar + Reparação de Lesão iatrogénica Ureter Esquerdo a 30/10/2011
- **7ª Realgaliação** a 30/10/2011
- Alta a 8/11/2011 algaliado
- Reinternado a 15/11/2011 por Síndrome Febril
(Infecção Urinária – Pielonefrite)
- Piúria

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

- **8ª Realgaliação** a 15/11/2011 (Algália 3 vias – S.U.C.)
- Hematúria
- 18/11/2011
Urina – Exame Bacteriológico: "Staphylococcus Aureus (MRSA)"
- 22/11/2011
Uretero-Ureterostomia T-T pós secção completa iatrogénica ureter Esquerdo
Cistoscopia: Cistite Rádica??
- **9ª Realgaliação** a 28/11/2011
- Alta a 28/11/2011 algaliado

REVISÃO DA LITERATURA

NÃO EXISTE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SOBRE A INFLUÊNCIA DO TREINO VESICAL ANTES DA DESALGALIAÇÃO

Incontinência urinária



Mulher

Existe uma associação entre a incontinência urinária e o sexo feminino facto que é descrito de forma transversal na literatura

Ferreira, A.; Esmério, M.; Fernandes, A. Incontinência urinária e funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. *Acta urológica*, 2011, Vol. 7

Na incontinência urinária "as técnicas comportamentais incluindo intervenção no estilo de vida, fisioterapia, regimes de micção por hora e treino vesical, são fundamentais no tratamento primário, isoladamente ou em associação com tratamento medicamentoso ou cirúrgico"

Coelho, M.; Vilça, M. Reabilitação na incontinência urinária. *Acta urológica*, 2009, Vol. 26

REVISÃO DA LITERATURA

"A formação de biofilmes por bactérias patogénicas sobre a superfície do cateter e sistema de drenagem ocorre universalmente com o prolongamento do cateterismo."

Sant, S.; Chenoweth, C. Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North America*, 2003, Vol. 17

"Ao longo do tempo desenvolve-se na superfície do cateter uma película (biofilme) na qual os microorganismos ficam incorporados o que lhes confere elevada resistência aos antimicrobianos e que implica a remoção do cateter urinário."

www.cdc.gov/.../CAUTIguideline2009final.pdf

REVISÃO DA LITERATURA

"É fundamental que os profissionais da saúde, em especial a equipa de enfermagem, tenha conhecimento das particularidades inerentes aos idosos e ao processo de envelhecimento para que os sinais e sintomas característicos do surgimento de síndromes geriátricas sejam previamente diagnosticados, principalmente durante a hospitalização, a fim de evitar a progressão do quadro, proporcionando planos terapêuticos que garantam a sua execução a curto, médio e longo prazo, considerando um *continuum* de cuidados, desde a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação adequada das suas funções"

Sousa, R. et al. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em idosos Hospitalizados: Associação com as Síndromes Geriátricas. *Esc Anna Nery*, 2010, Vol. 14

OBSERVAÇÃO FÍSICA

OBSERVAÇÃO FÍSICA

➤ O sr. J.T. apresenta:

Bom estado de higiene
Cabelo Escuro
Pele e mucosas ligeiramente descoradas
Aspecto emagrecido
Fácies triste
Diminuição da acuidade visual (usa óculos)
Boa acuidade auditiva
Usa próteses dentárias (superior e inferior)
Eupneico
Pele íntegra (sem lesões ou feridas)
Ileostomia (autocuida – por vezes pede a ajuda da esposa)

TERAPÊUTICA ACTUAL

FÁRMACO	POSOLOGIA	GRUPO TERAPÊUTICO	INDICAÇÕES
MEXAZOLAN (SEDOXIL)	1mg 1x dia (Pequeno-almoço)	Benzodiazepinas	Ansiedade e sintomas ansiosos
TIANEPTINA (STABLON)	12,5mg 1xdia (Pequeno-almoço)	Antidepressivo	Depressão
DOSULEPINA (PROTIADENE)	75mg 1xdia (noite)	Antidepressivo	Depressão
TANSULOSINA (OMNIC)	0,4mg 1xdia (jantar)	Aparelho Geniturinário	Hiperplasia Benigna da próstata Perturbações da micção / Retenção urinária
METAMIZOL MAGNÉSICO (NOLOTIL)	575mg SOS	Analgésicos e Antipiréticos	Dor moderada a grave

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

"A avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da dimensão da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal e informal) para suprir, de forma satisfatória, as necessidades humanas básicas"

Sequeira, C. (2010). CUIDAR IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL LISBOA: LIDEL edições técnicas

"A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação"

Sequeira, C. (2010). CUIDAR IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL LISBOA: LIDEL edições técnicas

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

- SR. J.T.
 - **Ligeiramente Dependente** nas Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) Índice de Barthel Score: 75
 - **Dependente** nas Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) Escala de Lawton e Brody Score: 35
 - **Ligeiro Défice cognitivo** segundo a Avaliação Breve Estado Mental Minimental State Examination (MMSE) Score: 22
 - **Ligeiramente Deprimido** segundo a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) Score: 20 (Ter em atenção: segundo a GDS Score > 20 Depressão Grave)
 - **Insatisfeito com a vida** segundo a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) Score: 15
 - **Desnutrido** Segundo a Mini Nutritional Assessment (MNA) Score < 17

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL IDOSO

CUIDADOR (CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL)

PRESTADOR DE CUIDADOS / FAMÍLIA

PARCEIROS PARA OS CUIDADOS
ALVO DE CUIDADOS

"Manter o apoio à família, permite que esta encontre uma estabilidade, de forma a superar as alterações introduzidas e favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente, garantindo o seu re-equilíbrio"

Menoita, E. Reabilitar a Pessoa Idosa – Contributos para um envelhecer Resiliente. 2012. Loures: Lusociência

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

- Nome: H.S.
- Nacionalidade: Portuguesa
- Sexo: Feminino
- Idade: 59
- Religião: Católica
- Residência: Camamal (Alenquer)
- Escolaridade: 4ª Classe
- Profissão: Doméstica

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL CUIDADOR

- SR.ª H.S.
 - Independente nas ABVD Índice Barthel Score: 100
 - Independente nas AIVD Escala de Avaliação Lawton e Brody Score: 5
 - Sem Défices Cognitivos MMSE Score: 25
 - Depressão Ligeira GDS Score: 14
 - Sob Risco de Desnutrição MNA Score: 22

"A depressão do prestador de cuidados é apontada como uma causa para a interrupção dos cuidados no domicílio"

Menoita, E. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. 2012. Loures: Lusociência

PLANO DE CUIDADOS

LINGUAGEM CIPE – versão 2

PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
DÉFICE NUTRICIONAL PRESENTE (MNA < 17)	CONSULTAR DIETISTA; ENSINAR O DOENTE/PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE O REGIME DIETÉTICO; ADEQUAR ALIMENTAÇÃO; AVALIAR ENSINO SOBRE NUTRIÇÃO;
ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE COMPROMETIDA (Escala SWLS Score: 15 Insatisfeito com a vida)	AVALIAR ATITUDE FACE À DOENÇA AVALIAR DEPRESSÃO (GDS: SCORE 20) OPTIMIZAR SISTEMA DE APOIO SOCIAL FACILITAR CAPACIDADE PARA COMUNICAR SENTIMENTOS PROVIDENCIAR APOIO EMOCIONAL
STATUS URINÁRIO COMPROMETIDO (PRESENÇA DE CATETER URINÁRIO)	AVALIAR NECESSIDADE DA PRESENÇA DO CATETER URINÁRIO AVALIAR CONHECIMENTOS RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS A TER COM O CATETER URINÁRIO ENSINAR O DOENTE /PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O CATETER URINÁRIO ENSINAR O DOENTE/PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA À PRESENÇA DE CATETER URINÁRIO AVALIAR RESPOSTA DOENTE/PRESTADOR DE CUIDADOS AOS ENSINOS REALIZADOS

PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
INCONTINÊNCIA INTESTINAL PRESENTE	AVALIAR CONHECIMENTOS RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS A TER COM ILEOSTOMIA E PELE PERIESTOMAL ENSINAR O DOENTE /PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE OS CUIDADOS A TER COM A ILEOSTOMIA E PELE PERIESTOMAL AVALIAR RESPOSTA DOENTE/PRESTADOR DE CUIDADOS AOS ENSINOS REALIZADOS
RISCO DE STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS PRESENTE (GDS - Score: 14 Ligeiramente deprimida)	APOIAR PRESTADOR DE CUIDADOS FACILITAR CAPACIDADE DE COMUNICAR SENTIMENTOS REFORÇAR AS CAPACIDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS AUMENTAR A CONFIANÇA DO PRESTADOR DE CUIDADOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011
- Coelho, M.; Vilaça, M. *Reabilitação na incontinência urinária*. *Acta urológica*. 2009. Vol. 26
- Fontes, A.; Botelho, M.; Fernandes, A. *Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa*. *Acta urológica*. 2011. Vol. 2
- GRUPO DE ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL E DEMÊNCIA (GEECD). *Escala e Testes na Demência*. 2008. 2ª edição
- Menoita, E. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. 2012. Loures: Lusociência
- Paúl, M. *Lá Para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. 1997. Coimbra: Almedina
- Sant, S.; Chenoweth, C. Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North América*. 2003. Vol. 17
- Sousa, R. et al. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Idosos Hospitalizados: Associação com os Síndromes Geriátricos. *Esc Anna Nery*. 2010. Vol. 14
- www.cdc.gov/CAUTI/guideline2009final.pdf



“Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-no seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos”

Paúl, M. *Lá Para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. 1997. Coimbra: Almedina



OBRIGADA

**APÊNDICE IV: APRESENTAÇÃO QUE SERVIU DE SUPORTE PARA A
SESSÃO “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS
DE SAÚDE – ALGUMAS NOÇÕES BÁSICAS”**

PREVENÇÃO INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ALGUMAS NOÇÕES BÁSICAS

ENFª ROSÁRIO CORREIA

NOVEMBRO, 2011

SUMÁRIO

- CONCEITO IACS
- PRINCIPAIS CONCEITOS
- HIGIENE DAS MÃOS
- PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA
- INFORMAÇÕES PARA AS VISITAS

CONCEITO

INFECÇÃO HOSPITALAR



INFECÇÃO NOSOCOMIAL

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



IACS

DEFINIÇÃO

“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”

PNCI, 2007

PRINCIPAIS CONCEITOS

CONTAMINAÇÃO $\neq$ COLONIZAÇÃO $\neq$ INFECÇÃO



PRESENÇA TRANSITÓRIA DE MICRORGANISMOS, SEM CAUSAR DOENÇA

CRESCIMENTO E MULTIPLICAÇÃO DE MICRORGANISMOS SEM CAUSAR DOENÇA

PRESENÇA E MULTIPLICAÇÃO DE MICRORGANISMOS CAUSANDO DOENÇA

PNCI, 2007

IACS

FONTES TRANSMISSÃO

- PROFISSIONAIS DE SAÚDE
(MÉDICOS, ENFERMEIROS, ASSISTENTES OPERACIONAIS...)
- DOENTES
- VISITAS



AS NOSSAS MÃOS...

AS MÃOS SÃO O PRINCIPAL VEÍCULO DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

HIGIENE DAS MÃOS

GESTO SIMPLES



É O MAIS IMPORTANTE NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES

QUANDO LAVAR AS MÃOS?

A LAVAGEM DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA NAS SEGUINTE SITUACÖES:

- QUANDO AS MÃOS ESTÃO VISIVELMENTE SUJAS OU CONTAMINADAS COM MATÉRIA OU FLUIDOS ORGÂNICOS
- NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES COM *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*
- AO CHEGAR E SAIR DO LOCAL DE TRABALHO
- APÓS A UTILIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS
- ANTES E APÓS AS REFEIÇÕES

DGS, 2010

FLUIDOS ORGÂNICOS

- SANGUE
- SECREÇÕES
- EXCREÇÕES

EXCEPTO SUOR

QUANDO LAVAR AS MÃOS?

A LAVAGEM DAS MÃOS DEVE SER EFECTUADA NAS SEGUINTE SITUACÖES:

- QUANDO AS MÃOS ESTÃO VISIVELMENTE SUJAS OU CONTAMINADAS COM MATÉRIA OU FLUIDOS ORGÂNICOS
- NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES COM *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*
- AO CHEGAR E SAIR DO LOCAL DE TRABALHO
- APÓS A UTILIZAÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS
- ANTES E APÓS AS REFEIÇÕES

DGS, 2010

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- A SOLUÇÃO ANTI-SÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA (SABA) DEVE SER A PRIMEIRA ESCOLHA PARA A HIGIENE DAS MÃOS

DESDE QUE



AS MÃOS ESTEJAM VISIVELMENTE LIMPAS E/OU ISENTAS DE MATÉRIA ORGÂNICA

QUANDO HIGIENIZAR AS MÃOS?

- ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE
- APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS
- APÓS O CONTACTO COM O DOENTE
- APÓS O CONTACTO COM O AMBIENTE DO DOENTE

• LAVAR AS MÃOS

40 A 60 SEGUNDOS



20 A 30 SEGUNDOS

• HIGIENIZAR AS MÃOS (FRICÇÃO)

- EM **TODOS** OS DOENTES E NÃO APENAS EM DOENTES QUE SABEMOS ESTAR INFECTADOS

USO LUVAS

- PROCEDIMENTO CORRECTO



DGS, 2010

USO DE LUVAS

- EXPOSIÇÃO DIRECTA COM OS DOENTES:
 - RISCO DE CONTACTO COM SANGUE, SECREÇÕES, EXCREÇÕES E OBJECTOS CONTAMINADOS POR FLUIDOS ORGÂNICOS
- EXPOSIÇÃO INDIRECTA COM OS DOENTES:
 - Esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos
 - Manipulação e limpeza de instrumentos
 - Manipulação de resíduos

DGS, 2010

- O USO DE LUVAS NÃO SUBSTITUI A NECESSIDADE DE HIGIENIZAR AS MÃOS

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

- **EM TODOS OS DOENTES (NOMEADAMENTE DOENTES ALGALIADOS) TEMOS O DEVER DE PREVENIR A INFECÇÃO URINÁRIA**
- **SEGUIR AS NORMAS DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)**

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

▪ **COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?**

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
- **CALÇAR LUVAS** ▶
- **LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°**
- **ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO**
- **EVITAR SALPICOS**
- **LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°**
- **HIGIENIZAR AS MÃOS**

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA



PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

▪ **COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?**

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
- **CALÇAR LUVAS**
- **LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°** ▶
- **ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO**
- **EVITAR SALPICOS**
- **LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°**
- **HIGIENIZAR AS MÃOS**

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA



PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

▪ **COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?**

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
- **CALÇAR LUVAS**
- **LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°**
- **ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO** ▶
- **EVITAR SALPICOS**
- **LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°**
- **HIGIENIZAR AS MÃOS**

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA



PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

• COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?

- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- CALÇAR LUVAS
- LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°
- ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO
- EVITAR SALPICOS
- LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70° ▶
- HIGIENIZAR AS MÃOS

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA



PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

• COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?

- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- CALÇAR LUVAS
- LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°
- ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO
- EVITAR SALPICOS
- LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°
- HIGIENIZAR AS MÃOS ▶

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA



PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

• COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA?

- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- CALÇAR LUVAS
- LIMPAR A TORNEIRA DE SAÍDA COM COMPRESSA LIMPA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°
- ESVAZIAR O SACO PARA RECIPIENTE INDIVIDUAL PREVIAMENTE LIMPO
- EVITAR SALPICOS
- LIMPAR A TORNEIRA COM COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70°
- HIGIENIZAR AS MÃOS

*medidas simples
salvam vidas*



Adapted with permission from
Canada's Hand Hygiene Campaign

INFORMAÇÃO – VISITAS

■ O QUE DEVEMOS ENSINAR AS VISITAS

- HIGIENIZAR AS MÃOS À CHEGADA E À SAÍDA
- NÃO SENTAR NA CAMA DO DOENTE
- RESTRINGIR A VISITA AO SEU FAMILIAR



**APÊNDICE V: FOLHETO REALIZADO PARA O GRUPO DE
ASSISTENTES OPERACIONAIS**

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA

COMO PROCEDER AO DESPEJO DOS SACOS COLECTORES DE URINA

HIGIENIZAÇÃO DAS
MÃOS

CALÇAR LUVAS

LIMPAR A TORNEIRA
DE SAÍDA COM
COMPRESSA LIMPA
EMBEBIDA EM ALCOOL A
70°

ESVAZIAR O SACO PARA
RECIPIENTE INDIVIDUAL
PREVIAMENTE LIMPO

EVITAR SALPICOS

LIMPAR A TORNEIRA COM
COMPRESSA EMBEBIDA
EM ALCOOL A 70°

HIGIENIZAR AS MÃOS

INFORMAÇÕES PARA AS VISITAS

**HIGIENIZAR AS MÃOS À
CHEGADA E À SAÍDA**

**NÃO SENTAR NA CAMA
DO DOENTE**

**RESTRINGIR A VISITA AO
SEU FAMILIAR**

SRª ENF. CHEFE:
MARIA DORES MARTINS

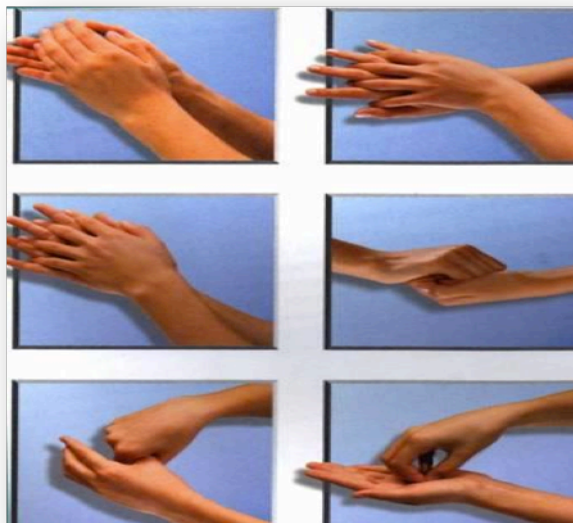
ELABORADO POR:
ENFª ROSÁRIO CORREIA

PREVENÇÃO INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE



CHLN – HSM
CIRURGIA 2

**A HIGIENE DAS MÃOS
É UM GESTO SIMPLES
E O MAIS
IMPORTANTE PARA A
PREVENÇÃO DA
INFECÇÃO
ASSOCIADA AOS
CUIDADOS DE SAÚDE
(iACS)**



HIGIENE DAS MÃOS



QUANDO LAVAR AS MÃOS?

QUANDO AS MÃOS ESTÃO
VISIVELMENTE SUJAS OU
CONTAMINADAS COM MATÉRIA
OU FLUIDOS ORGÂNICOS

NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A
DOENTES COM *CLOSTRIDIUM
DIFFICILE*

AO CHEGAR E SAIR DO LOCAL DE
TRABALHO

APÓS A UTILIZAÇÃO DAS
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

ANTES E APÓS AS REFEIÇÕES

QUANDO HIGIENIZAR AS MÃOS?

ANTES DO CONTACTO COM O
DOENTE

APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO
A FLUIDOS ORGÂNICOS

APÓS O CONTACTO COM O
DOENTE

APÓS O CONTACTO COM O
AMBIENTE DO DOENTE



**APÊNDICE VI: APRESENTAÇÃO QUE SERVIU DE SUPORTE PARA A
SESSÃO “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA NO DOENTE
ALGALIADO”**



PREVENÇÃO INFEÇÃO URINÁRIA NO DOENTE ALGALIADO

M^a Rosário Correia

Novembro, 2011

PROJECTO - APRESENTAÇÃO

- DESENVOLVIDO NO ÂMBITO DO CURSO de MESTRADO em ENFERMAGEM: ÁREA de ESPECIALIZAÇÃO em ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, VERTENTE PESSOA IDOSA
- TEMA DESENVOLVIDO A PARTIR DE UMA DAS VÁRIAS FRAGILIDADES DA PESSOA IDOSA
- TEMA PERTINENTE PARA O SERVIÇO CIRURGIA 2
- TEMA QUE VISA DAR VISIBILIDADE E RECONHECIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (BOAS PRÁTICAS)

FINALIDADE

- “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA NO DOENTE (IDOSO) ALGALIADO PELA DESALGALIAÇÃO O MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL”

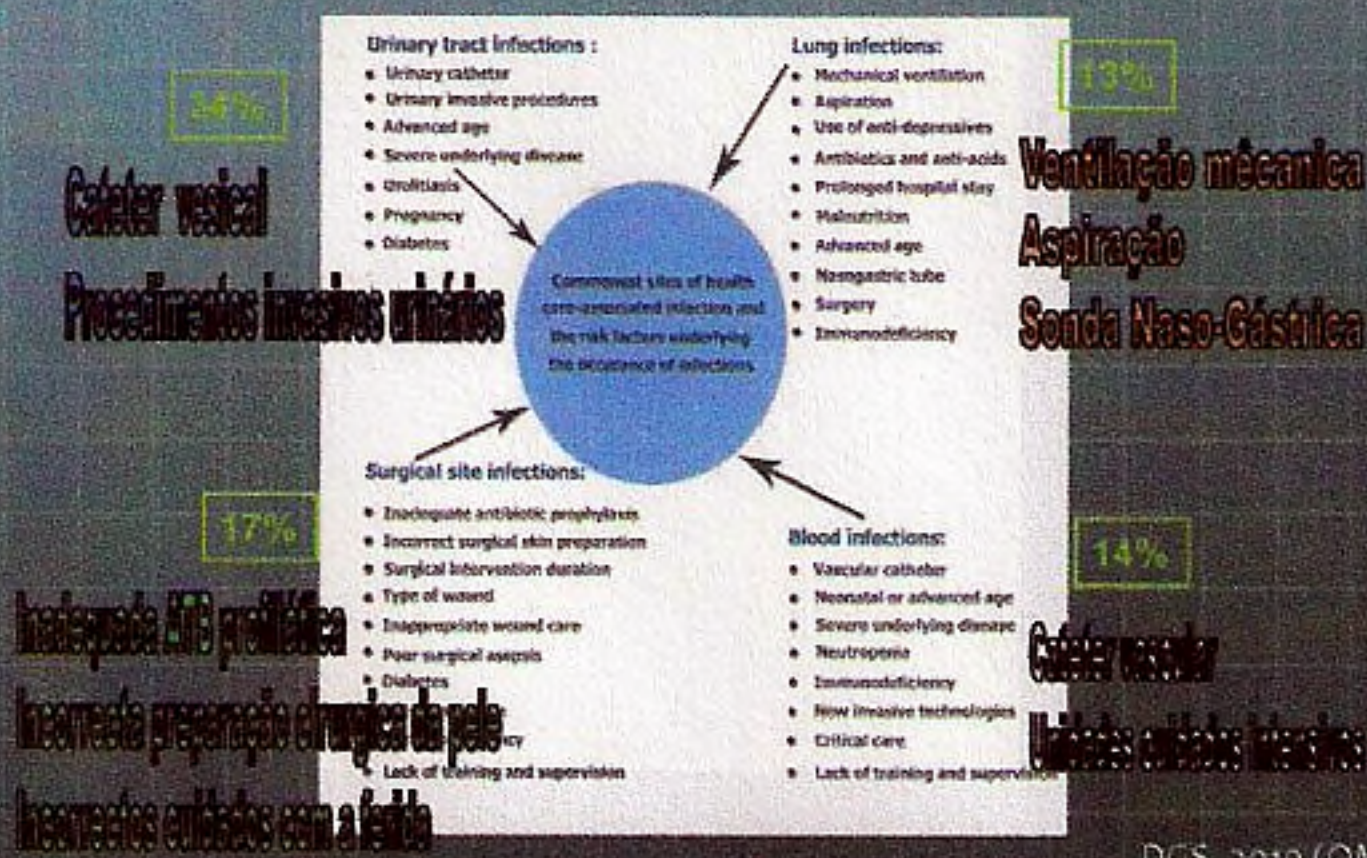


CONCEITO IACS

“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”.

“INDICADOR UTILIZADO NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS”

IACS MAIS FREQUENTES E FACTORES DE RISCO



DGS, 2010 (OMS)

INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA 2009 – CHLN (HSM)

- DISTRIBUIÇÃO DAS IACS POR LOCALIZAÇÃO (%):

- 31,2% - VIAS RESPIRATÓRIAS
- 18,8% - VIAS URINÁRIAS
- 18,8% - HEMATOGÉNICAS
- 10,9% - LOCAL CIRÚRGICO

- Nº TOTAL DE DOENTES EM ESTUDO: 387

Comissão de Controlo de Infecção (CCI) – Boletim Trimestral Outubro a Dezembro 2009 - CHLN

INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA 2009 – CHLN (HSM)

Nº DOENTES POR RISCO EXTRÍNSECO :

- CATETER URINÁRIO – 129
- CATETER VASCULAR PERIFÉRICO – 313
- CATETER VASCULAR CENTRAL – 50
- ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA – 11
- ALIMENTAÇÃO ENTERICA – 50
- VENTILAÇÃO ASSISTIDA – 10
- TERAPÉUTICA IMUNOSSUPRESSORA – 63

FACTOR DE RISCO EXTRÍNSECO:

“EXPOSIÇÃO A DISPOSITIVOS
INVASIVOS”

Nº TOTAL DE DOENTES EM ESTUDO: 387

Comissão de Controlo da Infecção (CCI) – Boletim Trimestral Outubro a Dezembro 2009 CHLN

AUTONOMIA E A ENFERMAGEM

- DISTÚRBIOS DO SONO
- ALIMENTAÇÃO
- INCONTINÊNCIA
- ESTADOS DE CONFUSÃO
- QUEDAS / LESÕES PELE

“SPICES”

WALLACE e FULLMER (2003) integrados na NURSES IMPROVING CARE FOR HEALTHSYSTEM ELDERS (NICHE) desenvolveram um instrumento de avaliação do idoso hospitalizado onde têm em conta os seus problemas mais frequentes e que devem ser prioridade nos planos de intervenção dos enfermeiros, no sentido de prevenir a dependência dos mesmos por factores que muitas vezes não foram o motivo de internamento.

ENQUADRAMENTO

- A algáliação é actualmente uma coisa banal e muito frequente durante o internamento hospitalar da pessoa idosa. São frequentemente “esquecidas” as graves complicações que podem surgir pela algáliação, nomeadamente a infecção, que neste grupo populacional pode levar à morte.
- Cerca de 15 a 25% dos doentes hospitalizados são algaliados desnecessariamente durante o internamento hospitalar (JOHNSON et al, 2006; KAMDAR et al, 2008) e muitas vezes a algáliação é prolongada por esquecimento da equipa médica (LOEB et al, 2008) e para simplificar os cuidados prestados pelo pessoal hospitalar (INELMEN, 2008)

ENQUADRAMENTO

- “A bacteriúria desenvolve-se em 50% dos doentes algaliados por 5 dias ou mais, por isso reduzindo o uso desnecessário dos cateteres pode-se diminuir as infecções urinárias”
- “A infecção urinária é inevitável e ao fim de 14 dias é certo o aparecimento de bactérias”

LOEB, M. et al. (2008) – STOP ORDERS TO REDUCE INAPPROPRIATE URINARY CATHETERIZATION IN HOSPITALIZED PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. Journal General Internal Medicine. Vol. 23(6): 816-820

NEARNS EW, A. (2004) – Urinary catheter care in the intensive care unit. Nursing in Critical Care. Vol. 9 (1): 21-27

ENQUADRAMENTO

O tratamento da infecção urinária associada aos cuidados de saúde prolonga o internamento hospitalar e consequentemente aumenta os custos do mesmo

Ainda hoje existem algumas dúvidas sobre a responsabilidade de tomar a decisão para a desalgáliação do doente o que muitas vezes atrasa o procedimento

“Tanto enfermeiros como médicos podem decidir desalgaliar o doente, baseados na razão da algáliação e na necessidade do doente se manter ou não algaliado” (DAILY, 2011)

A desalgáliação precoce é uma medida de extrema importância na prevenção da infecção urinária, nos doentes algaliados

DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO

- PERÍODO DE OUTUBRO 2010 A MARÇO DE 2011
- SERVIÇO CIRURGIA 2 – CHLN HSM
- Nº TOTAL DE DOENTES: 1194

593 IDOSOS

DOENTES
COM
IDADE SUP.
65 ANOS
50%

DOENTES
COM
IDADE INF.
64 ANOS
50%

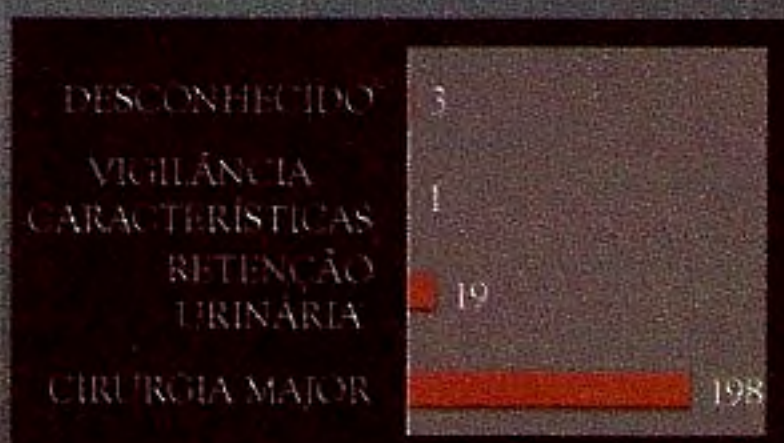
DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO

1194 PROCESSOS

416 PROCESSOS

221 DOENTES ALGALIADOS

MOTIVO ALGALIAÇÃO



DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO



"A DURAÇÃO DA ALGALIAÇÃO É MUITAS VEZES PROLONGADA PORQUE OS MÉDICOS SE ESQUECEM QUE OS SEUS DOENTES ESTÃO ALGALIADOS."
 "CERCA DE 80% DAS INFECÇÕES URINÁRIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL OCORREM PELA PRESENÇA DO CATETER URINÁRIO"

LOEB, M. et al (2008) – STOP ORDERS TO REDUCE INAPPROPRIATE URINARY CATHETERIZATION IN HOSPITALIZED PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Journal General Internal Medicine*. Vol. 23(6): 816-820

PONTOS A RETER

- TODOS OS PROFISSIONAIS (ENFERMEIROS E MÉDICOS) PODEM DECIDIR DESALGALIAR O DOENTE BASEADOS NA RAZÃO DA ALGALIAÇÃO
- GRANDE PARTE DOS DOENTES SÃO IDOSOS – AUMENTA O RISCO IACS
- MAIORIA INFECÇÕES URINÁRIAS SÃO ASSINTOMÁTICAS
- PERÍODO SUPERIOR A 5 DIAS – BACTERIÚRIA (89 DOENTES)
- PERÍODO SUPERIOR A 14 DIAS – BACTERIEMIA (21 DOENTES)
- **A DESALGALIAÇÃO PRECOCE É A MELHOR FORMA DE PREVENIR A INFECÇÃO URINÁRIA**

NOVO INSTRUMENTO DE TRABALHO

DESENVOLVIDO DE ACORDO COM AS GUIDELINES INTERNACIONAIS

"ALGORITMO DE REMOÇÃO DE CATETERES DESNECESSÁRIOS"

"ALGORITHM FOR REMOVAL OF UNNECESSARY INDWELLING URINARY CATHETERS"
 ADAPTADO
 HEALTHCARE NURSING PROTOCOL: "INDWELLING URINARY CATHETER REMOVAL: NURSING GUIDELINES TO DETERMINE WHEN APPROPRIATE TO DISCONTINUE"

AValiação DA NECESSIDADE DE ALGALIAÇÃO

ALGALIAÇÃO

HÁ NECESSIDADE DE MANTER O DOENTE ALGALIADO?

SIM

13h	
21h	
7h	

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO CATETER

	7h	13h	21h
O cateter está fixo?			
O cateter está obstruído?			
O saco coletor desconectou-se do cateter?			
O saco coletor encontra-se abaixo do nível da bexiga?			
Higiene perineal apropriada?			
Desinfecção correta saco coletor após despeso?			
Saco coletor despejado para saco/recipiente individual?			

REAVALIAR EM CADA TURNO AS INDICAÇÕES PARA MANTER A ALGALIAÇÃO

7h	
13h	
21h	

NÃO

REMOÇÃO DO CATETER AS _____ HORAS

Nº Mec. _____

VIGIAR MICÇÃO ESPONTÂNEA

HORA _____ Nº Mec. _____

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

- QUANTOS DOENTES FICAM ALGALIADOS MAIS TEMPO DO QUE O REALMENTE NECESSÁRIO?
- QUANTOS DOENTES FICAM ALGALIADOS PARA BENEFÍCIO DA EQUIPA DE SAÚDE?
- O QUE PODEMOS FAZER PARA MELHORAR?

DESAFIO PARA A EQUIPA

MELHORAR OS CUIDADOS:

- PREVENÇÃO INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE
- MOSTRAR RESULTADOS (EVIDENCIAR A EQUIPA)
- VISIBILIDADE E RECONHECIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS

CONVITE / DESAFIO PARA A EQUIPA

REALIZAÇÃO DE ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA

REALIZAÇÃO DE POSTER

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COMALLONGA, M., ZAMARRIEGO, I. (2003) – Fisiologia del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos in MANUAL DE GERIATRIA. Barcelona: MASSON S.A. ISBN: 84-458-1165-7
- CRUZ, A.; LOPES, J. (1999) – A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO in O IDOSO – PROBLEMAS E REALIDADES. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-9485-03-4
- DAILLY, S. (2011) – PREVENTION OF INDWELLING CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS. NURSING OLDER PEOPLE. Vol. 23(2): 14-19. Retrieved from ebSCO
- DALLACORTE, R. Et al (2007) – Perfil das infeções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da FUCRS in Scientia Medica. Vol.17 nº4: 197-204. Retrieved from ebSCO
- FULMER, T. (2007) – Fulmer SPICES. AJN. Vol. 107 (10): 40-48
- INELMEN, E. et al (2008) – Quando é apropriada a algáliação nos doentes idosos? Geriatrics. Vol. 4(21): 52-58. Retrieved from ebSCO
- JOHNSON, J. et al (2006) – Systematic Review: Antimicrobial Urinary Catheters To Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients. Annals of Internal Medicine. N°144: 116-126. Retrieved from ebSCO
- KAMDAR, A. et al (2008) – Retrospective observational study of the incidence of short-term indwelling urinary catheters in elderly patients with neck of femur fractures. Geriatrics Gerontology. Vol.9: 131-134. Retrieved from ebSCO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LOEB, M. et al (2008) – STOP ORDERS TO REDUCE INAPPROPRIATE URINARY CATHETERIZATION IN HOSPITALIZED PATIENTS. A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. Journal General Internal Medicine. Vol. 23(6): 816-820. Retrieved from ebSCO
- MADEO, M.; RÓODHOUSE, A. (2009) – Reducing the risks associated with urinary catheters. Nursing Standard. Vol. 23 (29): 47-54. Retrieved from ebSCO
- MARKLEW, A. (2004) – Urinary cateter care in the intensive care unit. Nursing in Critical Care. Vol. 9 (1): 21-27. Retrieved from ebSCO
- SEQUEIRA, C. (2010) – CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL. LISBOA: LIDEL. ISBN: 978-972-757-717-0
- SIQUEIRA, A. Et al (2004) – Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Revista de Saúde Pública. Vol.38 (5): 887-894
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (2004) – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NO IDOSO. Projecto Directriz: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Acedido online a 16/7/2011 disponível em: <http://www.sociedadebrasildeurologia.org.br/Portals/0/Arquivos/Infeccao%20do%20trato%20urinario%20no%20idoso.pdf>



OBRIGADA!!!

APÊNDICE VII: POSTER DE SENSIBILIZAÇÃO

PREVENÇÃO INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NO DOENTE ALGALIADO



AUTORAS: M^a Rosário Correia; Carma Gouveia

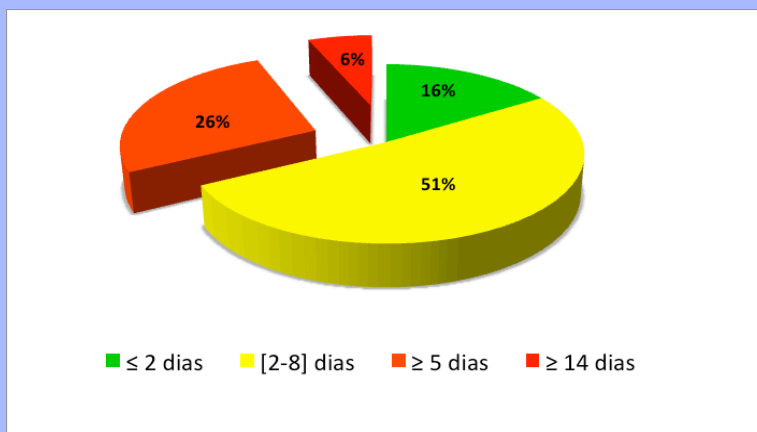
"As infecções urinárias associadas aos cuidados de saúde são responsáveis por cerca de 40% de todas as infecções hospitalares e destas cerca de 80% estão associadas ao cateter urinário"

STEWAN, E. - "Development of catheter care guidelines for Guy's and St Thomas". British Journal of Nursing, 2006, vol.15. n.º 8

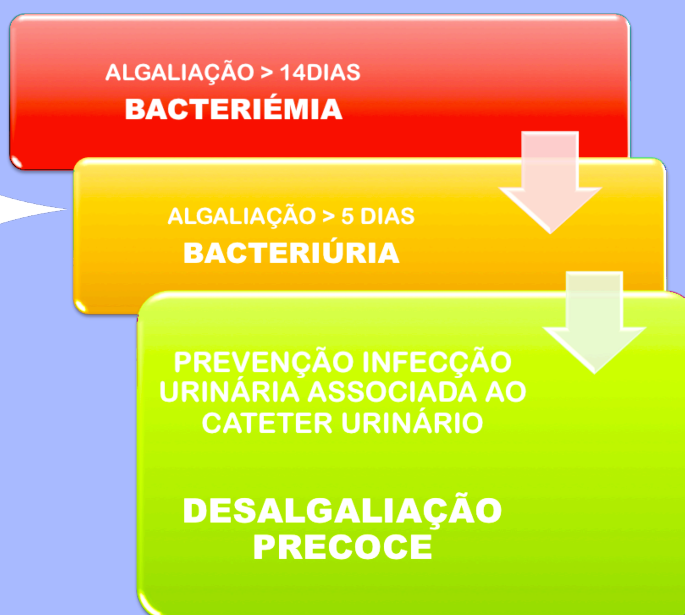
PROPÓSITO:

"Sensibilizar equipa de saúde para a sua importância na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente ao nível da infecção urinária associada à presença de cateter urinário"

**CHLN - CIR. 2 :
(OUTUBRO 2010 A MARÇO 2011)
EM 416 DOENTES (NUM TOTAL DE 1194)
CERCA DE 221 ESTIVERAM ALGALIADOS**



O QUE DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?



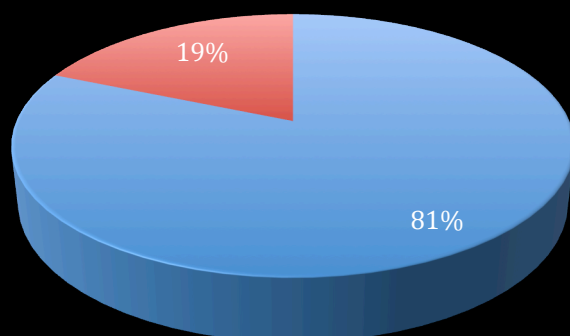
Referências Bibliográficas: LOEB, M. et al (2008) – STOP ORDERS TO REDUCE INAPPROPRIATE URINARY CATHETERIZATION IN HOSPITALIZED PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Journal General Internal Medicine*. Vol. 23(6): 816-820
MARKLEW, A. (2004) – Urinary catheter care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*. Vol. 9 (1): 21-27

APÊNDICE VIII: GRÁFICOS COM DADOS DA MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES ALGALIADOS

GRÁFICOS COM DADOS DA MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES ALGALIADOS

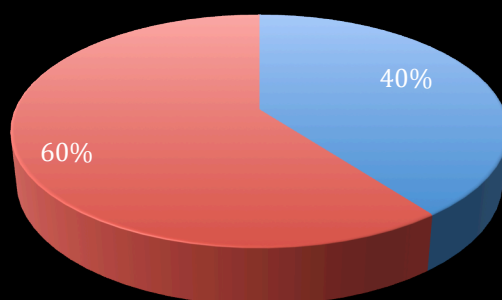
POPULAÇÃO ALGALIADA (Pop. Total = 570 doentes)

■ POP. TOTAL ■ POP. ALGALIADA



GRUPO ETÁRIO DOENTES ALGALIADOS (Pop. total = 131 doentes)

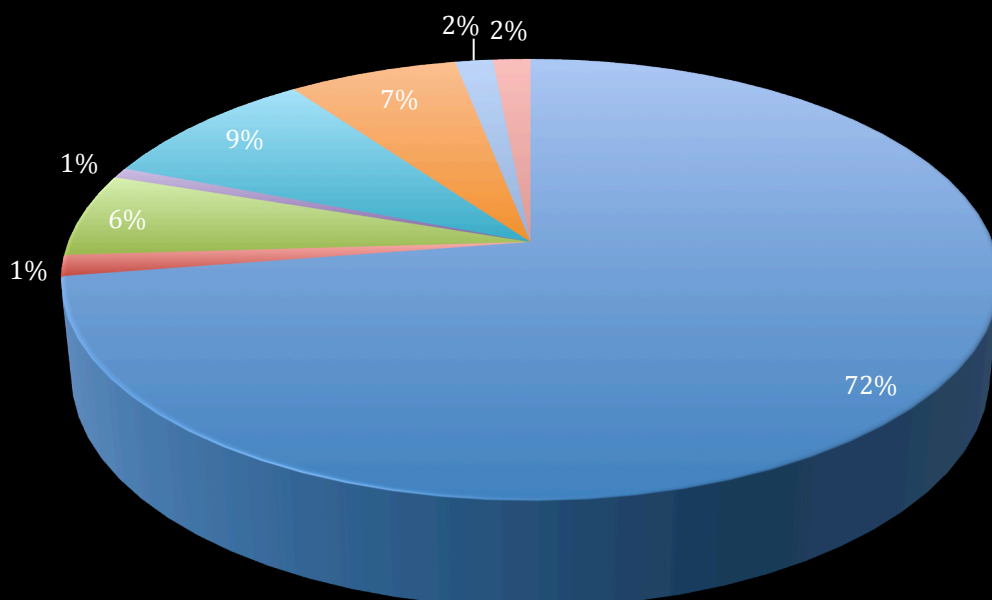
■ DOENTES ALGALIADOS IDADE <65
■ DOENTES IDOSOS ALGALIADOS (IDADE ≥65)



GRÁFICOS COM DADOS DA MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES ALGALIADOS

MOTIVO ALGALIAÇÃO (Pop. total = 131 doentes)

- MONITORIZAÇÃO DIURESE
- LESÃO IATROGÉNICA
- RETENÇÃO URINÁRIA
- HEMATÚRIA
- INDICAÇÃO CIRÚRGICA
- INDICAÇÃO MÉDICA
- ULCERAS PRESSÃO / INFECÇÃO FUNGICA PERINEAL GRAVE
- DESCONHECIDO



GRÁFICOS COM DADOS DA MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES ALGALIADOS

TEMPO DE ALGALIAÇÃO (Pop. Total = 79 doentes)

■ < 5 DIAS ■ ≥ 5 DIAS < 14 DIAS ■ ≥ 14 DIAS

