



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE

Um Olhar sobre o papel da Enfermagem

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico Cirúrgica**

Por Vera Lúcia Fonseca Andrade

LISBOA, maio de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE

Um Olhar sobre o papel da Enfermagem

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico Cirúrgica

Por Vera Lúcia Fonseca Andrade

Sob orientação de Mestre Filipa Veludo

LISBOA, maio de 2013

RESUMO

Este documento reporta ao estágio realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2011/2013 da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu numa Comissão de Controlo de Infecção, num Serviço de Urgência Geral e numa Unidade Cuidados Intensivos. O estágio visou o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O relatório tem como objetivos descrever, analisar e refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas. Deste modo permite avaliar as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas para obtenção do título de enfermeiro especialista. Por outro lado referir os contributos deixados nos locais de estágio.

Na Comissão de Controlo de Infecção foi construído um instrumento de auditorias às práticas relacionadas com a prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação, com posterior preteste ao instrumento em 2 serviços da instituição. Concomitante às auditorias foi realizado um inquérito aos Enfermeiros acerca do seu conhecimento sobre as recomendações baseadas na evidência para a prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação. Através de ações de formação e divulgação de resultados, medidas de controlo de infeção e reflexão sobre a prática, sensibilizei os profissionais de saúde para a problemática da prevenção da infeção. Também foi realizado uma norma de procedimento sobre recomendações para a prestação de cuidados a pessoas com doença de Creutzfeldt jakob, no sentido da orientação da prática dos profissionais de saúde.

Na Unidade de Cuidados Intensivos foi feita a partilha de conhecimentos acerca das guidelines para prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação e reflexão sobre a prática. Também foi realizada a divulgação das recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de um estudo recente, acerca da avaliação da dor na pessoa em situação crítica.

No Serviço de Urgência foi realizado um estudo retrospectivo acerca dos clientes submetidos a algaliação neste serviço que desenvolveram infeções urinárias. Foram igualmente divulgados os resultados aos profissionais de saúde, reflexão sobre a prática dos cuidados, atualização de guidelines e sugestões de melhoria a não conformidades detetadas na prática. Deste modo pude sensibilizar os enfermeiros para a melhoria da prática baseada na evidência, na área do controlo de infeção, através da formação e supervisão dos cuidados.

Os estágios foram uma mais-valia no sentido de permitir uma prática de cuidados especializados direcionados às necessidades da pessoa e família. Por outro lado, o contactar com diferentes realidades permitiu um enriquecimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências Especializadas, Infecção do Trato Urinário associada a Algaliação.

ABSTRACT

This document reports to training camp under the Master's degree in Nursing in area of Specialization in Medical-Surgical Nursing 2011/2013 the Portuguese Catholic University, held in Infection Control Committee, an ER General and an Intensive Care Unit. The training aimed to develop skills Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. The report aims to describe, analyze and reflect critically on the activities. Thereby allowing the assessment of skills acquired and skills developed to obtain the title of nurse specialist. On the other hand refer to the left in the input stage sites.

In Infection Control Committee has built a tool for auditing practices related to the prevention of urinary tract infection associated with indwelling catheters, with later pretest the instrument in two departments of the institution. Concurrent audits we conducted a survey of nurses about their knowledge of evidence-based recommendations for the prevention of urinary tract infection associated with indwelling catheters. Through training activities and dissemination of results, infection control measures and reflection on practice, I sensitize health professionals to the problem of prevention of infection. Patients also underwent a standard procedure on recommendations for the care of people with Creutzfeldt Jakob, towards the direction of the practice of health professionals.

In the Intensive Care Unit was made to share knowledge about the guidelines for prevention of urinary tract infection associated with indwelling catheters and reflection on practice. It was also held disclosure of the recommendations of the Portuguese Society of Intensive Care, a recent study on the assessment of pain in the person in critical condition.

In the ER we performed a retrospective study about clients undergoing catheterization in this service who developed urinary infections. Were also disclosed the results to health professionals, reflection on the practice of nursing, update guidelines and suggestions for improving the nonconformity detected in practice. Thus could sensitize nurses to improve evidence-based practice in the area of infection control, through training and supervision of care.

The stages were an asset in order to allow a practice specialized care directed to the needs of the person and the family. On the other hand, contact with different realities allowed for personal and professional enrichment.

Keywords: Nurse Specialist, Specialized Skills, Urinary Tract Infection associated with Clean Intermittent Catherisation.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os Professores da Universidade Católica que me acompanharam neste percurso.

Agradeço especialmente à Professora Filipa Veludo pela disponibilidade, atenção, orientação e pelo apoio nos bons e maus momentos deste percurso.

Agradeço aos Enfermeiros Orientadores por partilharem os seus saberes comigo.

Agradeço à minha família pelo apoio, paciência e carinho mesmo nos momentos de ausência.

ACRÓNIMOS

CAUTI – infeção do trato urinário associado a algaliação
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EXCEL - Microsoft Office Excel
GIA – Gabinete de Informação e Acompanhamento
HELICS - Hospital in Europe Link for Infection Control Trough Surveillance
IACS – infeção associada a cuidados de saúde
IPI – Inquérito de Prevalência de Infeção
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAV – Suporte Avançado de Vida
SUG – Serviço de Urgência Geral
SWOT - Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats).
UCAM - Urinary Catheter Assessment and Monitoring form
INE – Instituto Nacional de Estatística

SIGLAS

ABCDE – **A**irway; **B**reathing; **C**irculation; **D**isability; **E**xposure
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCI – Comissão de Controlo de Infeção
CDC – Centers for Disease Control and prevention
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EUA – Estados Unidos da América
ITU – infeção do trato urinário
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNCI – Plano Nacional de controlo de infeção associada a cuidados de saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
UCDI – Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UIMC – Unidade de Internamento Médico-cirúrgico
VE – Vigilância Epidemiológica

ABREVIATURAS

Bat./min. – batimentos por minuto
et al – entre outros
Ex.: - exemplo

Índice

	Pág.	
INTRODUÇÃO	9	
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA:		
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A ALGALIAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM	13	
2. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Módulo III	25	
3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – Módulo II	39	
4. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – Módulo I	51	
CONCLUSÃO	67	
BIBLIOGRAFIA	71	
 APÊNDICES		
Apêndice 1	Norma de Procedimento Geral: Prevenção da transmissão cruzada de pessoas com a doença de Creutzfeldt Jakob	81
Apêndice 2	Projeto de Intervenção na CCI	91
Apêndice 3	Plano de Sessão das formações realizadas no âmbito do estágio da CCI	111
Apêndice 4	Resultados das Auditorias realizadas no âmbito do estágio da CCI	115
Apêndice 5	Apresentação da sessão de formação para a divulgação dos resultados das auditorias	127
Apêndice 6	Instrumento de avaliação das sessões de formação	141
Apêndice 7	Resultados da Avaliação das sessões de formação na CCI	145
Apêndice 8	Comunicação livre através de <i>poster</i> realizada no congresso dos Hospitais 2012	149
Apêndice 9	Projeto de Intervenção no SUG	153
Apêndice 10	Divulgação dos resultados do estudo retrospectivo no SUG	159

ANEXOS

Anexo 1	Certificado de formação sobre “Campanha Nacional da higiene das mãos”	167
Anexo 2	Apresentação da formação sobre precauções básicas.	171
Anexo 3	Artigo científico disponibilizado nos serviços	175
Anexo 4	Recomendações do plano de avaliação da dor na pessoa em situação crítica realizado pela SPCI	181
Anexo 5	Certificado de participação no congresso de Hospitais 2012	185

INTRODUÇÃO

O documento que se apresenta, relatório de estágio, refere-se ao estágio que integra o curso de mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2011/2013 da Universidade Católica Portuguesa. Este tipo de formação avançada tem como objetivo formar enfermeiros nas diferentes áreas de especialização, nesta especificamente de enfermagem médico-cirúrgica, através do desenvolvimento de competências. Este desenvolvimento de competências emerge da evolução que a Enfermagem tem sofrido ao longo dos anos, “*quer a nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional*” (REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, 1996).

Paralelamente a esta evolução a necessidade de aprofundar conhecimentos nas diferentes áreas da enfermagem objetivando a prestação de cuidados de qualidade. Assim, o título de enfermeiro especialista “*preconiza, reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade*” (REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, 1996). O Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, vem dar resposta a esta necessidade através da formação pós-graduada, proporcionando o aprofundar e atualização de conhecimentos.

O Estágio proposto no plano de estudos deste curso é composto por três módulos, que foi operacionalizado nos seguintes locais: Comissão de Controlo de Infecção (módulo III), Serviço de Urgência Geral (módulo I) e Unidade de Cuidados Intensivos (módulo II). A escolha dos locais de estágio esteve relacionada não só com as oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelos diferentes contextos, mas também no sentido de desenvolver competências relacionais, científicas, técnicas e éticas do Enfermeiro especialista. Nos módulos de estágio a minha pretensão de desenvolvimento de competências esteve relacionada não só com os objetivos pessoais de estágio e do curso

de mestrado em si, mas também nos contributos aos contextos por onde passei de acordo com os objetivos dos próprios serviços.

A escolha da CCI no módulo de estágio opcional, esteve relacionada com toda problemática envolvente das infeções associada a cuidados de saúde (IACS) e a sua prevenção. Segundo o Plano Nacional de Saúde (2010) na Europa e Estados Unidos da América (EUA), 5-10% dos utentes adquirem uma ou mais infeções; nos Estados Unidos da América, as IACS são causa direta de aproximadamente 80 000 mortes por ano, e de 5 000 na Inglaterra. Por outro lado, esta escolha esteve relacionada com a minha sensibilidade ao tema e pela prevalência de infeção no contexto hospitalar e para conhecer a realidade do controlo de IACS. A escolha do serviço de urgência geral (SUG) deveu-se ao fato de permitir uma maior diversidade de situações na prática clínica na abordagem da pessoa em situação de urgência/emergência, pelas características demográficas a que tem de dar resposta devido à elevada taxa de ocupação e também por promover a humanização no SUG e facilitar o cumprimento da lei do acompanhamento familiar na urgência através do Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA). A escolha desta instituição também esteve relacionada com o fato de ser uma instituição com o seu sistema de gestão de qualidade acreditado pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS). Na Unidade Funcional de Cuidados Intensivos a opção de estágio esteve relacionada por constituir um serviço polivalente na intervenção à pessoa em situação crítica, permitindo a prestação de cuidados especializados à pessoa de médio e alto risco do foro médico-cirúrgico, sendo também uma instituição acreditada pela Joint Commission Internacional.

O relatório foi construído tendo em conta dois eixos centrais que aludem à prestação de cuidados especializados à pessoa/família em situação crítica e na prevenção de infeção associada a cuidados de saúde, em especial a intervenção de enfermagem na prevenção e infeção do trato urinário associado a algaliação.

O *fio condutor* transversal aos três módulos foi a prevenção da infeção associada a cuidados de saúde, especificamente a intervenção de enfermagem na prevenção da

infecção do trato urinário associada a algaliação. A problemática das IACS associada à sua prevalência e ao papel interventivo da Enfermagem no controlo de infeção veio potenciar o desenvolvimento deste *fio condutor*.

Nestes cinco anos de experiência profissional na área cirúrgica foi dado ênfase ao controlo de IACS, não só a nível de formação, mas também pela participação em alguns projetos do serviço nesta área. Deste modo, foi feita a gestão e mobilização de conhecimentos e competências adquiridos previamente com a experiência profissional anterior, através do seu desenvolvimento e adequação aos contextos de estágio.

O guia orientador deste relatório foi o Projeto de Estágio, projeto fruto de um diagnóstico situacional e reflexão inicial sobre os contextos de estágio, que orientou o desenvolvimento das competências ao longo de todo o percurso. A metodologia de elaboração deste relatório foi a análise crítica do percurso, a análise das competências desenvolvidas na prática, a pesquisa para a fundamentação científica do processo de tomada de decisão e discussões com o professor tutor. A metodologia utilizada ao longo do percurso foi a metodologia de projeto (RUIVO e FERRITO, 2010), através de reflexões diárias e críticas na prática, individuais e com os Enfermeiros Orientadores. Os contributos deixados nos serviços foram o resultado de estratégias que viabilizassem a implementação de medidas que constituíssem uma mais-valia para o próprio serviço.

O objetivo geral deste Relatório é dar a conhecer o percurso desenvolvido ao longo do Estágio, ao nível da prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica. Especificamente, analisar os objetivos delineados, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com o Guia de Estágio 2011 deste curso de Mestrado.

O relatório é constituído por um primeiro capítulo onde consta o enquadramento teórico de um dos eixos centrais do percurso de estágio – *prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação, estratégias de enfermagem* -, através de uma revisão sistemática da literatura. De seguida é realizada a caracterização sumária do serviço do módulo de estágio correspondente, a análise crítica e reflexiva do percurso, ilustrando as competências desenvolvidas (dividido em três capítulos, correspondente a cada módulo de estágio) no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa/família em situação

crítica. Para demonstrar o entendimento da Enfermagem, como refere Watson (2002, p.61) *“profissão que tem a responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro”* serão realizadas as conclusões do trabalho realizado e as considerações acerca do percurso de aprendizagem, pontos fundamentais no desenvolvimento de competências e os principais contributos deixados nos locais de estágio.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA:

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A ALGALIAÇÃO: QUE ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM

A infecção do trato urinário associada a algaliação (CAUTI) é frequente nas pessoas hospitalizadas. Nas infecções associadas a cuidados de saúde a infecção do trato urinário associada ao cateterismo é de 40% (PNCI, 2004). Segundo o Center for Disease Control and Prevention (CDC) entre 15% a 25% das pessoas hospitalizadas são submetidas a cateterismo vesical. Na maioria dos casos esta técnica é utilizada sem indicações apropriadas, prolongando assim o seu uso desnecessário. A CAUTI está referenciada nos diferentes estudos com o aumento da mortalidade e morbidade, aumento de hospitalizações e conseqüentemente de custos associados (CDC, 2009).

No entanto é de salientar que comparada com outras IACS a infecção do trato urinário (ITU) apresenta uma baixa morbi-mortalidade. Num estudo realizado nos EUA (CDC, 2009) constatou que o número de ITU era superior a 560 mil em comparação com outras IACS, com uma taxa de mortalidade de 2,3%, sendo que menos de 5% dos casos de bacteriúria desenvolvem bacteriemia. Enquanto a ITU associada a cateterismo é a principal causa das infecções da corrente sanguínea nosocomiais secundárias, cerca de 17% de bacteriemias nosocomiais são de fonte urinária, com uma mortalidade associada de 10%. A Sociedade Americana de Epidemiologia de Cuidados de Saúde estima que 17 a 69% de CAUTI pode ser prevenida através de recomendações de controlo de infecção baseadas na evidência (CDC, 2009).

A investigação sugere que a prevenção da infecção urinária associada a algaliação passa por medidas recomendadas e baseadas no conhecimento científico que diminuem a taxa desta infecção, medidas simples como a higiene das mãos, a técnica de algaliação, a sua manutenção e a forma como o cateter é removido contribuem para a infecção associada. A algaliação desnecessária assim como o tempo de permanência do cateter influenciam o desenvolvimento de infecção, fatores estes que podem ser modificáveis.

Os estudos analisam a intervenção do enfermeiro na prevenção da CAUTI através da aplicação das recomendações baseadas na evidência, operacionalizadas através de *bundles* e algoritmos, assim como sistemas lembrete na remoção do cateter vesical e auditorias aos procedimentos.

Este trabalho surge com o objetivo de descrever estudos que identifiquem as estratégias de enfermagem baseadas na evidência que contribuem para a prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação.

1.1 MÉTODO

Para a concretização do objetivo da revisão sistemática de literatura foi formulada a seguinte questão de investigação:

“Quais as estratégias de enfermagem, baseadas na evidência, que contribuem para a prevenção da infeção urinária associada a algaliação?”

Para a elaboração desta revisão sistemática utilizou-se como descritores: urinary AND infection AND catheter AND nurs*. Para encontrar a resposta a esta questão, o objetivo foi perceber como os Enfermeiros operacionalizavam as recomendações emanadas pelos Centers for Disease Control and prevention na praxis e com isso evidenciavam a sua intervenção na prevenção da CAUTI.

O limite temporal da pesquisa foi efetuado entre janeiro de 2007 e agosto de 2012 de artigos com texto completo, com o objetivo de sistematizar as estratégias mais recentes e de forma a abranger cinco anos para a resposta ao problema de investigação. Os motores de busca utilizados foram EBSCO HOST, PubMed e MEDLINE. A pesquisa eletrónica também se realizou na Biblioteca Online do Conhecimento, através da Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa.

Foram selecionados artigos que descrevessem o fenómeno em estudo, no contexto da IACS, que evidenciavam as estratégias de enfermagem na prevenção/diminuição da infeção do trato urinário associada a algaliação, tendo por base recomendações baseadas no conhecimento científico.

Foram excluídos artigos que não abordavam a intervenção de enfermagem e artigos que faziam revisões de *guidelines* na abordagem a esta temática. Também foram excluídos artigos que abordavam a utilização de determinados produtos (ex.: sacos de drenagem) na prevenção de CAUTI.

Foram identificados 56 artigos científicos que após a leitura de título e de abstracts selecionaram-se um total de 11 artigos que abordavam estratégias acerca desta temática, rejeitando os restantes. Na construção da questão de investigação, quer para a definição dos critérios de Inclusão e Exclusão de estudos, com fim na constituição da amostra, foi utilizado o método PI[C]OS de acordo com CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2009). Os critérios de inclusão e exclusão selecionados encontram-se no Quadro 1.

É de salientar que a exclusão dos artigos também esteve relacionada com falta de informação ao nível dos parâmetros que considerámos importantes analisar: Participantes; Intervenções; Resultados; e Desenho do estudo. Perante a diversidade de estudos e por não ser pertinente à questão de investigação foi retirado o parâmetro *comparison* [C]. Também foi considerado, na seleção dos estudos as referências bibliográficas mencionadas nos artigos escolhidos.

Quadro 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	Clientes hospitalizados submetidos a cateterismo vesical; Enfermeiros que prestam cuidados a clientes hospitalizados submetidos a cateterismo vesical.	
Intervenção	Estratégias de enfermagem que contribuem para a prevenção da infecção urinária associada a algaliação.	Estratégias de enfermagem ausente;
Resultados	Tipos de estratégias de enfermagem que contribuem para a prevenção da infecção urinária associada a algaliação.	
Desenho	Evidência Científica através da abordagem qualitativa e quantitativa.	

Seguidamente foi realizada a leitura integral de cada artigo identificando o ano, país e autores, seguindo a metodologia já citada. Os resultados foram colocados de forma sintética, numa tabela que consta do capítulo dos resultados (Tabela 1).

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1

Autor(es)/ Ano/País	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
I Crouzet et al., 2007 (França)	234 Clientes submetidos a algaliação, de vários serviços do Hospital Besançon entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2005.	O Enfermeiro lembra ao médico diariamente para a remoção do cateter urinário em pessoas doentes com mais de 4 dias de cateterização.	Decréscimo na duração da cateterização não é significativo ($p=0,14$), mas houve um decréscimo significativo nos serviços de ortopedia e cardiologia. Incidência de CAUTI diminuiu significativamente ($p=0,03$).	Estudo prospectivo de 3 meses.
II Apisarnthana rak et al., 2007 (Tailândia)	2412 Clientes admitidos no Hospital Thai (450 camas) submetidos a cateterismo vesical; no período de 1 julho de 2004 a 30 junho de 2006.	Diariamente os enfermeiros relembram aos médicos para a remoção dos cateteres urinários desnecessários, de acordo com indicações baseadas na evidência e após 3 dias da inserção do cateter.	Duração da cateterização diminuiu aproximadamente 7 dias ($p < 0,001$); Diminuição de cateterização desnecessária em 9,4% ($p=0,04$). Taxa de CAUTI diminuiu 75% ($p < 0,001$); Custos para o Hospital diminuiu em 58% ($p < 0,001$); Custos com antibioterapia diminuiu em 63% ($p < 0,001$).	Fase de pré-teste/observação durante o 1º ano e fase de pós teste/intervenção no 2º ano do estudo.
III Fakh et al., 2008 (EUA)	Doze unidades médicas - cirúrgicas de um Hospital Universitário; 608 camas; de maio de 2006 a abril de 2007. 4963 Clientes observados.	A <i>nurse-led</i> participa na visita diária multidisciplinar e discute a necessidade de cada cateter urinário e a sua remoção precoce.	Uso de cateterismo vesical diminuiu 20% ($p=0,002$); Uso desnecessário de cateterismo vesical diminuiu 38%.	Quási-experimental com um grupo de controlo, em três fases: pré intervenção, intervenção e pós-intervenção.
IV Loeb et al., 2008 (EUA)	692 Pessoas hospitalizadas num Hospital do Canadá submetidas a cateterismo vesical no mínimo durante 48 horas.	Com a indicação no processo clínico prescrita de suspender a cateterização vesical nas pessoas submetidas a esta técnica. Os Enfermeiros eram autônomos na tomada de decisão acerca da necessidade de algaliação; os cateteres urinários desnecessários foram removidos pelos enfermeiros; Este processo de	Duração da cateterização diminuiu cerca de 1,34 dias ($p < 0,001$). Duração da cateterização desnecessária diminuiu cerca de 1,69 dias ($p < 0,001$). Decréscimo pouco significativo na taxa de CAUTI ($p=0,71$)	Estudo clinico randomizado

tomada de decisão era baseado na investigação científica.

- V Weitzel et al., 2008 (EUA)** 50 Clientes submetidos a algaliação do Serviço de Medicina
- Uso de um protocolo pela equipa de enfermagem que diariamente revê se a cateterização urinária ainda esta indicada. Caso a indicação não esteja claramente fundamentada, o cateter urinário é removido sem ordem do médico.
- % de clientes que desenvolveram CAUTI:
Pré teste: 37
Pós teste: 6,7
Média de dias a que os clientes estavam submetidos a algaliação:
Pré teste: 8,6
Pós teste: 4,5
- Estudo pré e pós teste
- VI Elpern et al., 2009 (EUA)** 337 Clientes internado na Unidade de Cuidados Intensivos Médica no Hospital de Chicago submetidos a algaliação no período de 1 de dezembro de 2007 até 31 de maio de 2008.
- Os clientes submetidos a algaliação eram diariamente assinalados numa base de dados pela equipa de enfermagem, com a respetiva indicação de cateterização. Os clientes com indicações inapropriadas de cateterização eram identificados pela equipa de enfermagem e com dados de investigação discutir com os médicos, a necessidade de algaliação.
- Incidência de CAUTI diminuiu de 4,7/100 cateter por dia para 0.
Diminuição da duração de cateterização de 311,7 dias por mês para 238,6 dias por mês ($p < 0,001$).
- Estudo quase-experimental
11 Meses de observação e 6 meses de intervenção
- VII Winter et al., 2009 (EUA)** Clientes do Heart Hospital Baylor submetidos a algaliação durante um período de 6 meses.
- Baylor Nurses's Bundle na prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação. Aplicação de bundles como: Evitar a algaliação; algaliação apenas quando necessário; higiene das mãos; utilização de técnica asséptica na inserção do cateter e manutenção do cateter urinário, baseando-se na melhor evidencia científica.
- Redução da incidência da CAUTI em 88%.
- Estudo retrospectivo
- VIII Rhodes et al., 2009 (EUA)** Clientes do Baylor Specialty Hospital submetidos a algaliação, durante um período de 6 meses.
- Limitar a duração da algaliação; Formação inicial através de *bundles* a todos os enfermeiros acerca das indicações apropriadas para a algaliação e manutenção do cateter; Avaliação diária pelos Enfermeiros da necessidade de algaliação;
Criação de *Baylor Nurses's Algorithm to assess urethral Catheter Need*.
- Redução da CAUTI em 5%.
- Estudo retrospectivo

- IX Gokula et al., 2012 (EUA)**
- 281 Clientes hospitalizados submetidos a algaliação no Centro médico e acadêmico de Midwest (319 camas: inclui unidades médico-cirúrgicas, unidade de cuidados intensivos, serviços de reabilitação, serviços de cirurgia e urgência).
- Equipa constituída por médicos, 1 enfermeiro professor, 1 enfermeiro de controlo de infeção, 1 enfermeiro especialista em reabilitação e 1 enfermeiro especialista em urgência/emergência. Criação de um protocolo de atuação denominado de IAIMS (Identify, assessing, implementing, modifying/maintaining and spreading/surveillance) para orientar o projeto. O protocolo FIRM (Foley Insertion Removal Maintenance) consistia numa checklist acerca das razões para cateterização, manutenção da cateterização e ordem de remoção. Durante o processo foi integrado um sistema de *nurse-driven* para as checklist, assim como um sistema lembrete para remoção do cateter.
- Taxa de infeção do trato urinário: 2,21/1000 doentes por dia. (janeiro a abril de 2007); Taxa de infeção do trato urinário associado a cuidados de saúde: 0,87 por 1000 doentes – dia (novembro a dezembro de 2009); Taxa de infeção do trato urinário associado a cateter: 0,435 por 1000 doentes-dia (2011)
- estudo retrospectivo de pré e pós teste depois da intervenção. Identificação do problema (2007/2008); Implementação do protocolo FIRM e formação aos profissionais (2009/2010) Avaliação/programa de vigilância (2011)
- X Oman et al., 2012 (EUA)**
- 150 Clientes submetidos a algaliação numa unidade cirúrgica (excluídos clientes submetidos a cirurgia urológica) e 125 clientes submetidos a algaliação numa unidade de pneumologia – Hospital Universitário do Colorado.
- Intervenção de uma *nurse-driven*, que incorpora a evidência científica na prática, tendo em conta as recomendações mais atuais.
- Fase 1** : colheita de dados acerca das alterações na prática e a taxa de CAUTI.
- Fase 2**: *House wide intervention* que constituiu uma revisão das políticas do Hospital quanto a inserção e cuidados aos cateter urinário, avaliar se estão de acordo com as recomendações da prática, avaliação da competência e treino na inserção e manutenção do cateter e avaliação dos produtos utilizados na cateterização urinária.
- Fase 3**: várias sessões de formação com a duração de 60 minutos sobre a manutenção do cateter urinário; sensibilização para a avaliação diária da necessidade de algaliação, objetivando a remoção precoce; Envolvimento dos familiares na educação sobre os cuidados a ter com o cateter urinário, de acordo com as recomendações.
- Diminuição na duração do cateter nas diferentes unidades da fase 1 para a fase 3 – na unidade cirúrgica houve um decréscimo significativo ($p=0,018$); Taxa de CAUTI: a Unidade de Pneumologia tinha uma incidência de 0 antes da intervenção e manteve essa mesma incidência; A Unidade cirúrgica aumentou a incidência de CAUTI da fase 1 para a fase 2 e depois diminuiu a incidência de infeção na fase 3. 96% dos Enfermeiros completaram a formação;
- Fase de pré e pós intervenção:
- Fase 1**: janeiro a março de 2009
- Fase 2**: fevereiro e março de 2009
- 2ª fase de colheita de dados entre abril e junho de 2009 para a avaliar o impacto da intervenção inicial.
- Fase 3**: estudo focalizado nas unidades selecionadas (julho de 2009) seguido da última fase de colheita de dados (agosto e outubro de 2009)

XI	Dailly, 2012 (Reino Unido)	400 Clientes do Royal Hampshire Hospital submetidos a algaliação em junho de 2009.	Construção de um documento, Urinary Catheter Assessment and Monitoring form – UCAM - adaptado à algaliação em que todos os dias, o Enfermeiro avalia e documenta a necessidade de algaliação e a manutenção que é feita ao cateter. Com este documento são registadas as práticas realizadas, de acordo com as guidelines (CDC) e a necessidade de manter o cateter e com isto evidenciar ao médico assistente a indicação apropriada ou não de manter a algaliação.	Melhoria significativa na qualidade dos registos acerca da técnica de inserção e a manutenção do cateterismo vesical em comparação com os registos anteriores à aplicação do UCAM. Houve um aumento de auditorias por mês aos clientes submetidos a algaliação, sendo aqueles considerados desnecessários removidos após a auditoria.	Estudo Descritivo
-----------	---	--	--	---	-------------------

O número de participantes, nos estudos analisados, situou-se entre 50 a 4963. Em dois estudos retrospectivos (VII;VIII) não foi definido o número de clientes, mas sim o período de tempo em que o estudo ia incidir. Apesar de uma grande diferença entre o número de participantes nos diferentes estudos, havendo grupos com participantes acima dos 2000 (II;III) os resultados comparativamente aos pequenos grupos foram similares. Constata-se que apesar das diferentes metodologias utilizadas os resultados dos estudos são análogos. Na maioria dos estudos houve uma fase de intervenção e outra de pós intervenção. Alguns estudos fomentam a formação dos enfermeiros acerca das guidelines preconizadas na prevenção de CAUTI, o que revelou extrema importância na sua atuação.

Tendo em conta os resultados obtidos todos respondem à questão de investigação: “Quais as estratégias de enfermagem baseadas na evidência que contribuem para a prevenção da infeção urinária associada a algaliação?” uma vez que evidenciam a intervenção de enfermagem na aplicação de diferentes estratégias para dar resposta à problemática da CAUTI.

Com a construção de um documento de auditoria – UCAM – com base nas recomendações científicas para a prevenção de CAUTI (XI) os enfermeiros conseguiram melhorar os seus registos sobre a manipulação realizada na técnica de cateterismo vesical. Os registos, como a indicação da pessoa estar submetida a cateterismo vesical e avaliação da necessidade de se manter o cateter, motivaram a

remoção dos cateteres considerados desnecessários. Sendo que de acordo com as guidelines da CDC (2009) a remoção precoce do cateter urinário contribui para a prevenção da infecção associada a este dispositivo.

Nos estudos I, II e VI a estratégia utilizada pelos enfermeiros passou por lembrar ao médico a necessidade de algaliação das pessoas submetidas a esta técnica. A fundamentação utilizada pelos enfermeiros é baseada nas indicações apropriadas descritas na evidência científica, confrontando com a necessidade daquela pessoa estar submetida a algaliação. Nos casos em que os cateteres não foram removidos, a duração da cateterização diminuiu e conseqüentemente a incidência de CAUTI.

A estratégia que predomina ao longo dos estudos é a aplicação de *bundles* de várias formas na prevenção de CAUTI. O termo *bundle* desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement (2012) para descrever um conjunto de intervenções baseadas na evidência direcionadas ao cliente/população submetidos a cuidados com riscos inerentes. Este conjunto de intervenções, quando implementadas em conjunto, resultarão em resultados significativamente melhores do que quando realizadas individualmente. Nos estudos VII e VIII realizaram a aplicação de *bundles* das guidelines emanadas da CDC na prevenção de CAUTI. As *bundles* utilizadas estavam relacionadas com a técnica de inserção e manutenção do cateterismo vesical, com o evitar da algaliação, assim como limitar a sua duração.

No estudo VIII foi criado um algoritmo de atuação para a manutenção do cateter urinário baseado na evidência, quando este fosse realmente necessário. Por outro lado quando não houvesse indicação fundamentada para o uso do cateter este era removido após discussão com o médico. Com a aplicação do algoritmo estava subjacente a avaliação diária da necessidade de algaliação. Ambos estudos permitiram reduzir a utilização do cateterismo vesical e da incidência de CAUTI.

Com o intuito de avaliar a necessidade de algaliação aos clientes submetidos a esta técnica, em III avalia-se o impacto de uma enfermeira com cargo de gestão – *nurse-led* - participar diariamente na visita multidisciplinar e fazer essa avaliação propondo a remoção do cateter. Neste estudo há um decréscimo do uso e do uso desnecessário de

cateterismo vesical. O estudo IV enfatiza a tomada de decisão baseada na evidência, dos enfermeiros em suspender a cateterização vesical, havendo repercussões na diminuição do uso e do uso desnecessário da cateterização vesical. Nos estudos V, IX e X os enfermeiros baseiam-se nas recomendações da evidência científica para a construção de protocolos de atuação na prevenção de CAUTI, desde a sua inserção e manutenção, até avaliação da necessidade de cateterismo.

Deste modo, os Enfermeiros baseando-se nas guidelines da prevenção da CAUTI, isto é evidência científica, apresentam várias formas de aplicação e conseqüentemente resposta a esta problemática (Figura 1). Constata-se o papel crucial e decisivo da Enfermagem na prevenção e controlo da infeção do trato urinário associada a algaliação.

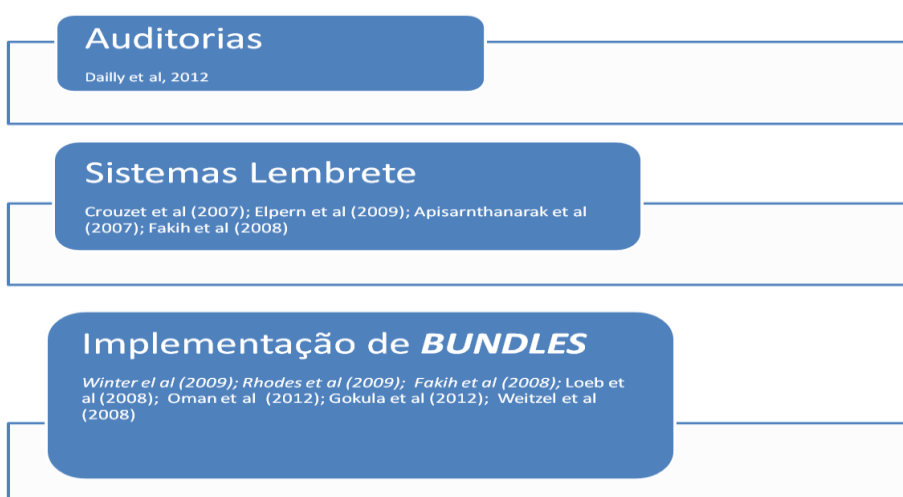


Figura 1: Estratégias de operacionalização das *guidelines* na prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação.

2.3 CONCLUSÃO

As intervenções baseadas na evidência veem promover a avaliação da necessidade de algáliação e remover o cateter quando desnecessário e neste sentido permitir a diminuição da taxa de CAUTI.

As estratégias encontradas pelos enfermeiros na resposta a esta problemática foram eficazes, com o envolvimento da equipa de saúde, tendo por base a prevenção e controlo da infeção e melhorar a segurança da pessoa que recorre aos serviços de saúde e é submetido a esta técnica.

Na prática deveria ser implementada políticas que promovessem a remoção precoce de cateteres, assim como daqueles que não são necessários, evitando consequências menos positivas para o cliente e para a instituição, nomeadamente o tempo de internamento e os custos associados.

2. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Módulo III

A prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma área prioritária na segurança da pessoa que recorre às instituições de saúde. As IACS não são uma problemática recente, mas que assumem um foco de atenção cada vez mais importante. A Infeção hospitalar é um tema que desde há muitos anos é discutida, tendo em conta todas as consequências associadas e principalmente na segurança do cliente. Já em 1853, o trabalho de Florence Nightingale era reconhecido pelos líderes políticos e soldados da altura, ao dar ênfase aos problemas ambientais (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

As IACS são uma preocupação quer a nível mundial quer a nível dos próprios países tendo em conta a atenção e as recomendações que emanam da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos Centers for Disease Control and Prevention, respetivamente. É de referir que, *“a cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem de infeções adquiridas no hospital. Estima-se que, nos países desenvolvidos, 5% a 10% dos doentes admitidos em hospitais de cuidados agudos vêm a adquirir uma infeção (...) em locais de elevado risco, como as unidades de cuidados intensivos, mais de um terço dos doentes pode ser afetado”* (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2009). A OMS confirma a dificuldade no tratamento das pessoas doentes e a relação de causa com a morbilidade e mortalidade, assim como com o gasto acrescido de recursos quer a nível hospitalar quer a nível da comunidade que as IACS podem provocar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Sendo as IACS uma problemática para os cuidados e para a segurança das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, os profissionais de saúde devem estar despertos para esta problemática e possuir formação em controlo de infeção. Os Enfermeiros são profissionais com um papel importante na prevenção, deteção e controlo destas infeções. Não só Florence Nightingale, como referido, mas também Faye Abdelah num dos seus 21 problemas de Enfermagem, salvaguardou a *“promoção da segurança (...)*

impedindo o alastrar da infeção” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 130). Desde sempre, a Enfermagem manteve a sua preocupação com as IACS no sentido da sua prevenção e controlo.

Perante isto importa a sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática, através da formação e desenvolvimento de competências na prevenção e controlo de IACS. Neste contexto surge a realização do estágio de opção na área de Controlo de Infeção não só pelo interesse pessoal, pela mobilização de saberes para o local de trabalho, mas também pela problemática que emerge deste tema e pelo papel reconhecido que a Enfermagem desempenha. Neste capítulo pretende-se a descrição e caracterização do serviço onde decorreu o estágio com posterior reflexão crítica do percurso realizado aludindo aos objetivos de estágio e às competências que fui adquirindo e desenvolvendo, realçando o papel do enfermeiro especialista na equipa de saúde. O estágio do módulo III decorreu na Comissão de Controlo de Infeção durante o período de abril a junho de 2012.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2008) a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) tem a responsabilidade de implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de forma que o controlo da IACS integre as atividades diárias dos profissionais.

A CCI é constituída por uma equipa multidisciplinar e enquadra as 3 vertentes no Programa Nacional de Prevenção de IACS (PNCI) desde a vigilância epidemiológica (VE), elaboração do manual de boas práticas/monitorização do seu cumprimento e formação aos Profissionais.

A equipa multidisciplinar é constituída por 1 coordenador médico infeciologista, 1 médico intensivista, 1 médico-cirurgião geral, 1 farmacêutico, 1 microbiologista, 2 enfermeiras, 1 administrador hospitalar e 1 administrativa. As Enfermeiras são especialistas, uma da área de saúde comunitária e outra da área de médico-cirúrgica. Sendo que as 2 enfermeiras e a administrativa se encontram a tempo inteiro, os restantes elementos estão em horário parcial.

De acordo com a intervenção da CCI na divulgação de programas de vigilância epidemiológica, esta tem como objetivo: *“Avaliar de forma contínua e sistemática ou periódica (anual), as taxas de infeção estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infeção nas unidades de saúde. A VE encoraja os profissionais que prescrevem e prestam cuidados a cumprir as recomendações de boa prática; corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto. Permite também detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso”*. DGS (2008).

A Administrativa da CCI diariamente desloca-se ao laboratório de microbiologia para aceder aos resultados micro e bacteriológicos. Os resultados contêm a identificação da pessoa, tipo de cultura, onde o micro-organismo foi isolado e o teste de sensibilidade a antibiótico. Na maioria das vezes na requisição consta o serviço de internamento, mas noutras situações e através do número de processo é possível saber se a pessoa já regressou a casa ou se por acaso a colheita foi realizada nas consultas externas. Neste caso deverão ser contactados os profissionais do serviço e médico assistente, respetivamente. Neste contato para além da divulgação do resultado é avaliada a necessidade e tipo de medidas de isolamento em alguns casos, por antecipação, os serviços já têm este processo iniciado, devido a uma suspeita de infeção no momento da prescrição do exame bacteriológico.

Para concretizar o seu objetivo a CCI tem de estar em estreita ligação com os diferentes eixos da Instituição de Saúde, desde o Conselho de Administração, aos órgãos de gestão e os serviços Laboratório de Microbiologia,. No cumprimento das suas responsabilidades, a CCI colabora e acompanha os serviços não só para partilha de informação, mas para o seu envolvimento nos projetos da área. Na divulgação de normas/políticas ou resultados é utilizado o correio eletrónico interno do Hospital, mas para além disso existem elos de ligação da CCI nos diferentes serviços, para a monitorização das medidas de prevenção e controlo de infeção e divulgação de normas de procedimento e políticas aos profissionais de saúde.

Este estágio assumiu um caráter diferente, não só por fazer parte de um curso de Mestrado, mas também por enquanto profissionais mobilizarmos valores e saberes da nossa vida pessoal e experiência que nos permitiu aprofundar conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim esta característica fez com que sentisse uma responsabilidade diferente perante as atividades a desenvolver.

As atividades foram produtivas e enriquecedoras a nível pessoal e profissional. A nível pessoal no sentido do conhecimento ser universal e os saberes que daí advêm permitirem um crescimento a nível de atitudes e formas de estar, a nível profissional por alcançar ao longo do tempo um *olhar* diferente e fundamentado na esfera do controlo de IACS.

Seguidamente será realizada a descrição dos objetivos de estágio e as respetivas atividades desenvolvidas, assim como estes contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas.

○ **Desenvolver competências especializadas de Enfermagem no âmbito do Controlo de Infecção Hospitalar**

A fase de integração foi progressiva acompanhando e colaborando nas atividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora. Por outro lado permitiu conhecer o hospital, alguns dos seus serviços e os elos de ligação dos mesmos, partilhando informação acerca de projetos em curso e futuros projetos.

Assim o planeamento das atividades para o concretizar dos objetivos de estágio (delineados após o diagnóstico situacional) foi ao encontro de desenvolver competências especializadas em Controlo de Infecção Hospitalar e uma colaboração na monitorização de boas práticas no que refere a prevenção da infeção do trato urinário em pessoas submetidas a algaliação.

Decidi ter uma visão global do funcionamento do Gabinete da Comissão de Controlo de Infecção, como se relacionava com os outros serviços assim como as atividades que estavam a desenvolver. Numa partilha de informação e discussão construtiva com a

Enfermeira Orientadora, assim como outros elementos da equipa identificar tópicos específicos das vertentes da CCI que emergiam da prática clínica.

Aprofundei conhecimentos e observei a dinâmica da equipa multidisciplinar. A consulta do regulamento da CCI foi importante para compreender o seu enquadramento legal e funcionamento, assim como participar na reunião da equipa multidisciplinar da CCI no dia 7 de maio, e deste modo conhecer os elementos constituintes. Após esta reunião e com as várias atividades realizadas nas visitas aos serviços pude constatar os projetos que estavam em curso, os que ainda estariam por iniciar e deste modo iniciar o diagnóstico de situação.

O aprofundar de conhecimentos incidiu no Plano Nacional Controlo de IACS e a sua operacionalização, a prevalência das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde a nível nacional e a nível deste hospital. A consulta das orientações internacionais emanadas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 2009 e do Hospital in Europe Link for Infection Control Thought Surveillance (HELICS, 2002), garantindo a atualização de normas e políticas. Deste modo consegui compreender a prevalência de Infecções associadas a cuidados de Saúde e a vigilância epidemiológica.

O diagnóstico situacional permitiu focar a prática clínica e responder às necessidades do Serviço e da Instituição no que respeita à monitorização de boas práticas. Assim foram desenvolvidos o projeto de estágio e projeto de intervenção. Senti que ambos projetos permitiram uma orientação e um crescimento tendo em conta a reformulação e a visão futura dos mesmos. Os aportes consultados foram alvo de reflexões pessoais, permitindo a construção de um portfólio.

Uma das dimensões da Comissão de Controlo de Infecção envolve a elaboração de um manual de boas práticas, assim como a sua monitorização e consequente formação dos profissionais de saúde. Deste modo desenvolvi competências nesse sentido com a realização de uma norma de procedimento geral sobre Recomendações para a prestação de cuidados a pessoas com a Doença de Creutzfeldt Jakob que foi revista pelo Coordenador da CCI, pela Enfermeira Responsável do Serviço de Esterilização e pela

Enfermeira – Chefe do Bloco Operatório. Segundo BASSIT *et al* (2008) os dados demonstram que mesmo em países onde há um nível elevado de preocupação com medidas de controlo com pessoas com a Doença de Creutzfeldt Jakob, a sintomatologia pode não ser reconhecida precocemente, sendo que a vigilância e identificação precoce ajudam nas questões relacionadas com medidas de prevenção e controlo. A realização da norma surge no contexto da proposta de trabalho da reunião da CCI, onde foi identificada a sua necessidade, pela obrigatoriedade de fazer parte do Manual de Boas Práticas da CCI, com a finalidade de orientar a prática dos profissionais de saúde na prevenção da transmissão cruzada nas pessoas com a doença supracitada.

Deste modo prontifiquei-me a realizar a norma, para de outra forma dar um contributo na melhoria contínua da política de procedimentos. A norma (apêndice 1) foi aprovada pelo conselho de administração e consta do manual de políticas e procedimentos. Assim desenvolvi competências relacionadas com o diagnóstico de situação e consciência crítica para um problema na prática clínica com implicação direta nos cuidados e numa melhoria contínua na assistência à pessoa que recorre aos serviços de saúde, proporcionando segurança nos cuidados ao cliente como um indicador de qualidade, enfatizando o processo de acreditação pelo que o hospital está a passar.

Ao aprofundar conhecimentos e a possibilidade de frequentar formações internas e externas à Instituição foi possível desenvolver capacidades individuais que enriqueceram a atuação nas atividades desenvolvidas. Desta forma saliento a sessão da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, “Salvamos Vidas” organizada pela Direção Geral de Saúde no dia 4 de maio em Lisboa (anexo 1) e o Curso de Precauções Básicas e Controlo de Infecção realizado no Centro de Formação deste hospital no dia 8 de maio (anexo 2). Esta última formação já estava programada pelo que a minha participação passou inicialmente pelo assistir e posteriormente intervir nas discussões sobre as temáticas que iam surgindo, nomeadamente acerca dos equipamentos de proteção individual e respetivos isolamentos, assim como da higiene das mãos. E nesta última pude fazer uma ponte com a formação do dia 4 de maio, partilhando informação e incitando à reflexão.

Com esta capacitação foi possível partilhar a experiência com os Enfermeiros e outros profissionais, tendo implicação na sua prática e cultivando momentos de reflexão e trazendo a evidência científica mais atual para o contexto da prática. Como exemplo dou ênfase às repetidas interações que tive entre os Enfermeiros e Assistentes Operacionais quanto à Higiene das mãos com água e sabão *versus* a fricção com a solução antisséptica de base alcoólica (SABA), quanto às indicações para se utilizar determinada técnica e quanto à sua eficácia. Numa das várias deslocações ao serviço, observei um enfermeiro e um assistente operacional que se preparavam para realizar a higiene das mãos antes de entrar num quarto com uma pessoa em isolamento. Nesse momento foi importante dizer que poderiam apenas realizar a fricção das mãos com a SABA. Sendo-lhes explicado e de acordo com estudos realizados o SABA foi concebido para o constrangimento com o tempo em relação à higiene das mãos e pela maior redução da flora bacteriana nas mãos. A higiene das mãos estaria mais indicada quando as mãos estão visivelmente sujas. Com este exemplo pude demonstrar competências como: incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2012).

O projeto *World Alliance for Patient Safety*, desenvolvido pela OMS em 2004, foi com o intuito de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde. O projeto contemplava 5 áreas tendo por base a segurança dos cuidados, a higiene das mãos, a segurança nas transfusões, a gestão do risco, a segurança nos injetáveis e procedimentos clínicos. Portugal formaliza a sua adesão em 2008, conduzindo as diversas unidades de saúde no desenvolvimento de atividades para a operacionalização deste projeto.

No que diz respeito à higiene das mãos pelos profissionais de saúde, a DGS (2008) baseando-se na estratégia multimodal da OMS, promoveu as seguintes estratégias: disponibilização de SABA nos locais de prestação de cuidados, formação e treino dos

profissionais de saúde, auditorias à higiene das mãos, disponibilização de posters e cartazes no local de trabalho e o estabelecimento de um clima de segurança com a participação individual e apoio institucional. Pittet (2006) e Wilson (2001) salientam que a higiene das mãos dos profissionais são uma medida de prevenção da transmissão da infeção e consequentemente de segurança para quem recorre aos serviços de saúde. Sendo que esta prática deve ser encarada pelos profissionais como uma medida crucial de prevenção e controlo de infeção.

Nesta área compreende-se a necessidade do Enfermeiro de Controlo de Infeção estar no terreno supervisionando e dando orientações aos pares quer sejam dinamizadores da CCI ou não, numa perspetiva de melhoria e tendo sempre por base a segurança nos cuidados prestados e na manutenção de um ambiente seguro para a pessoa doente. Desde as solicitações dos serviços que recebi via telefone ou mesmo quando me deslocava ao serviço, esclareci dúvidas aos pares quanto a medidas de isolamento adequados, higiene das mãos, a utilização de equipamentos de proteção individual e neste último orientei a prática dos pares na sequência da sua colocação e remoção corretas. A evidência de artigos científicos, assim como a formação externa supracitada foram importantes motores na partilha e mesmo influência da prática clínica dos profissionais, baseada na evidência. Com a realização das atividades citadas pude desenvolver competências como comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e com a participação nas formações produzir um discurso pessoal e fundamentado (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2012).

Colaborei com a Enfermeira Orientadora em todas as atividades a que fomos solicitadas para um melhor apoio aos serviços, nomeadamente quando se verifica a dúvida aos tipos de isolamento necessários para determinada situação ou na vigilância epidemiológica (VE) se verifica que um determinado serviço apresenta uma grande incidência de agentes problema e se avalia a necessidade de formação direcionada para o mesmo. A VE tem como objetivo avaliar de forma sistemática, contínua e periódicas as taxas de infeção, permitindo a deteção precoce de surtos de infeção (DGS, 2008). De acordo com os resultados a VE pode constituir um motor na prática segura dos

profissionais tendo por base as recomendações da evidência. Como já foi referido na consulta diária dos resultados dos exames bacteriológicos provenientes do laboratório em colaboração com a Enfermeira Orientadora e progressivamente de forma autónoma consultava os resultados e fazíamos a análise dos mesmos com posterior contato com o serviço em causa. Com esta atividade mais uma vez, quer presencialmente, quer via telefónica pude avaliar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção que estavam a ser feitas e se eram as mais corretas, fazendo pequenos ajustes de acordo com os recursos existentes. Como exemplo, cito uma solicitação do serviço no sentido de orientar para a melhor prática, numa situação em que não tinham quartos individuais disponíveis para aplicar as medidas de isolamento a uma pessoa com um microrganismo isolado na hemocultura. Assim orientei a prática, através da formação e supervisão dos profissionais, dando indicações de acordo com as recomendações preconizadas de como poderiam proceder a esse isolamento na própria enfermaria, não colocando em risco as outras pessoas doentes e os profissionais de saúde, assim como a própria pessoa em isolamento.

Neste âmbito quando me deslocava aos serviços, quer durante a aplicação das grelhas de observação/inquérito aos Enfermeiros, ou no decorrer de outras auditorias, quando observava alguma não conformidade consegui dar resposta eficaz a várias solicitações e intervir com formação individual a um determinado tema relacionado com o controlo de IACS. É de referir e como um aspeto positivo, que cada vez mais os Enfermeiros têm formação específica na área de Controlo de Infeção, dada não só, pelo Centro de Formação, mas também pela iniciativa própria dos Enfermeiros desenvolverem competências nesta área com formação externa. Durante as auditorias realizadas foi possível constatar esta realidade. Nesta vertente também já vão enriquecendo a sua prática, agindo em parceria com a CCI.

Durante o estágio também tive oportunidade de participar no Inquérito de Prevalência de Infeção 2012, acompanhando a Enfermeira e Farmacêutica da CCI aos serviços para esclarecimento de dúvidas e orientações quanto ao preenchimento dos documentos sobre os clientes com Infeções Associadas a Cuidados de Saúde. Nestes momentos foi importante ter uma capacitação individual em termos de conhecimentos para dar suporte

aos pares. Por exemplo dúvidas que surgiam quanto à infeção ser da comunidade ou nosocomial, e assim sendo da comunidade já não entraria no estudo ou por outro lado ajudar alguns pares em parceria com o elemento dinamizador da parte médica descodificar se uma bacteriemia seria o diagnóstico principal ou um foco de uma infeção urinária, tendo por base ordem de registos quer de Enfermagem quer em diário clínico e exames complementares de diagnóstico. Estes dados são enviados ao PNCI que realiza o seu tratamento e posteriormente envia o relatório às Instituições de Saúde.

○ **Colaborar na Monitorização de Boas Práticas na Prevenção das Infeções do Trato Urinário associadas a algaliação.**

Na consulta dos dados mais atuais da Comissão de Controlo de Infeção, constatámos que no Inquérito de Prevalência de Infeções de 2010 a Infeção do Trato Urinário era a segunda causa, constituindo 26% das infeções nosocomiais por localização, e no que diz respeito a infeções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a segunda causa. Assim foi importante a monitorização de Boas Práticas na prevenção da ITU associada a algaliação num adequado controlo de infeção. Neste contexto surge a aplicação de um preteste à norma de procedimento geral sobre a Prevenção da Infeção do Trato Urinário em pessoas submetidas a algaliação, com a realização de auditorias às práticas e teste de conhecimentos aos Enfermeiros em relação à norma supracitada, operacionalizada através do projeto de intervenção (apêndice 2). Aliada a esta problemática foi realizada a revisão sistemática da literatura sobre as estratégias de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação, constatando-se desempenhar uma papel importante. Dada a revisão recente da norma de procedimento em relação à pessoa submetida a algaliação, de acordo com as guidelines da CDC de 2009, perante os dados estatísticos da CAUTI revelou-se necessária a realização da auditoria a este procedimento nas diferentes fases, assim como o conhecimento dos Enfermeiros acerca das últimas guidelines emanadas pela CDC.

Os momentos de realização de inquéritos foram aproveitados para esclarecimento de dúvidas dos Enfermeiros em relação às últimas guidelines da técnica de algaliação e o controlo de infeção associado, assim como a evidência existente em relação ao tema. Neste sentido desenvolvi competências na comunicação de aspetos profissionais aos pares para uma prática segura e baseada na evidência, promovendo deste modo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

No que diz respeito às auditorias foi uma atividade que revelou ser positiva na sensibilização dos pares para a melhoria da prática e baseada na evidência mais atual. Gradualmente houve um envolvimento maior dos Enfermeiros com o projeto de intervenção, questionando a sua finalidade ao pormenor, o que atualmente estava preconizado quanto à prática e o confronto entre o que se faz e o que está recomendado. Acrescento que consegui realizar o inquérito a 25% dos Enfermeiros de cada serviço, pelo que ultrapassei os 20 % a que me propus e assim obter um feedback dos Enfermeiros mais consistente. É de salientar que apesar de estar calendarizado, em termos de cronograma, semanas específicas para cada serviço, foi importante mudar um pouco a estratégia no sentido de planear o dia da auditoria consoante o que estava agendado nos registos com linguagem da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), em relação às pessoas submetidas a algaliação, nos dois Serviços e não apenas para um. Esta decisão permitiu observar um maior número de parâmetros na manipulação da algália em pessoas submetidas a esta técnica e assim obter um maior número de dados.

Após a colheita dos dados realizei o tratamento informático dos mesmos utilizando o Microsoft Office Excel (EXCEL), obtendo posteriormente os indicadores de avaliação que constam do projeto de intervenção (apêndice 2). Com uma análise quantitativa e posterior construção do relatório de atividades foi possível interpretar os resultados obtidos, podendo construir o plano de sessão (apêndice 3) e divulgar a sessão de apresentação dos resultados. Saliento que a escolha das datas para as sessões de formação foi da responsabilidade dos Enfermeiros-chefes de cada serviço. Os resultados obtidos de um modo geral foram positivos e promoveram um feedback da prática aos enfermeiros (apêndice 4). Uma vez que o horário de estágio contemplava apenas o turno

da Manhã devido à especificidade do serviço, disponibilizei em conjunto com o relatório de resultados (apêndice 4), um artigo científico (anexo 3) atual sobre a temática da Prevenção da Infecção Urinária associada a algaliação de forma a abranger outros elementos que não realizassem turnos de Manhã ou estivessem menos presentes neste turno.

A infecção do trato urinário associada a algaliação é das infecções mais comuns em pessoas hospitalizadas. Cerca de 40% do total das infecções associadas a cuidados de saúde são CAUTI (PNCI, 2004). Perante esta problemática e dada a intervenção dos Enfermeiros na prevenção e controlo desta infecção, foi fundamental iniciar uma revisão sistemática de literatura acerca de estratégias facilitadoras na operacionalização das recomendações da CDC, neste tipo de infecção, pelos Enfermeiros. A partir deste percurso pude delinear o meu fio condutor que acabou por ter repercussão nos outros módulos.

Desenvolvi competências a nível da formação com a realização das sessões de divulgação de resultados (apêndice 5) aos Serviços de Medicina e Cirurgia Geral I e II, utilizando uma metodologia adequada para sensibilizar os pares para esta problemática, assim como a incorporação na prática os resultados da investigação válidos e relevantes. Durante as sessões foram dadas sugestões para os Enfermeiros estabelecerem estratégias que sendo exequíveis para o serviço contribuam para a prevenção e controlo da infecção. Com a construção de um instrumento para a avaliação (apêndice 6) da formação, que após o tratamento de dados consegui obter a análise e as opiniões dos formandos (apêndice 7) no impacto da formação na sua futura prática. Nos dois serviços conseguiu-se formar cerca de 25% de enfermeiros de cada serviço. Acrescento que este trabalho terá continuidade através da Comissão de Controlo de Infecção, abrangendo maior número de Profissionais de Saúde e maior número de observações. Apesar de considerar que o fator tempo seria um entrave, penso ter desenvolvido um trabalho bem sedimentado e numa perspetiva de melhoria contínua, que acabou por ser muito enriquecedor a nível de uma atividade que emergia diretamente da prática clínica.

Neste âmbito considero ter maximizado a intervenção na prevenção e controlo da infeção no contato com as equipas dos Serviços. As estratégias delineadas foram eficazes uma vez que consegui observar a prática e testar os conhecimentos dos profissionais de Enfermagem e assim preencher algumas não conformidades no momento, levando a um crescimento mútuo. No entanto é de referir algumas dificuldades sentidas no que respeita às oportunidades de observação das práticas dos enfermeiros em relação à manipulação da algália e muitas vezes à disponibilidade dos mesmos para responder ao inquérito. No entanto ao conhecer a Norma de Procedimento Geral desta problemática, onde convergem as orientações dos Centers for Disease Control and Prevention e do Plano Nacional de Controlo de Infeção e no desenvolvimento do projeto de intervenção consegui iniciar um diagnóstico quanto à adesão dos Enfermeiros à aplicação das guidelines demonstradas pela evidência e os seus conhecimentos. Por outro lado divulgar os resultados aos respetivos serviços e ao mesmo tempo formar os Enfermeiros quanto às não conformidades detetadas.

Numa perspetiva pessoal considero que o percurso realizado muito positivo, não só por considerar ter atingido os objetivos a que me propus em conformidade com os objetivos propostos pelo Plano de Estudos do Curso e competências do Enfermeiro Especialista no domínio do controlo de infeção, mas principalmente por desenvolver um *olhar* especializado sobre a minha prática diária enquanto profissional. Nas diversas interações com os Enfermeiros foi importante fomentar a nossa intervenção na prevenção e controlo de IACS, pela responsabilidade na implementação dos procedimentos de acordo com a evidência, evitando a infeção e sua propagação. Considero a área de prevenção e controlo de IACS importante na prestação de cuidados seguros aos clientes e o seu impacto nos diferentes níveis da saúde.

3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – Módulo II

As Unidades de Cuidados Intensivos emergiram do reconhecimento das necessidades das pessoas em situação crítica serem melhor cuidadas em áreas distintas do Hospital (URDEN et al, 2008). Em 1800 Florence Nightingale descreveu as vantagens de colocar pessoas submetidas a cirurgia, em choque e politraumatizados numa área separada do Hospital. Já na década de 1950 com a nova tecnologia da ventilação mecânica, houve necessidade de agrupar no mesmo local as pessoas doentes submetidas a esta terapêutica (URDEN *et al*, 2008).

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa em falência multiorgânica, em risco imediato de vida como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, 2010).

Sendo importante desenvolver competências especializadas nesta área permitindo conhecer continuamente o estado da pessoa, através da observação, colheita e procura contínua de dados e detetar precocemente as complicações. A família surge também como foco dos cuidados de Enfermagem perante a complexidade da ação de cuidar da pessoa em situação crítica na resposta a perturbações emocionais decorrentes da situação específica.

O estágio do módulo II decorreu numa Unidade Funcional de Cuidados Intensivos. Neste capítulo descrevo e analiso os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas e neles evidenciar competências desenvolvidas. Destaco algumas atividades no sentido de realçar os aspetos que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. Começo por fazer uma caracterização do serviço e posteriormente uma reflexão crítica do percurso e competências desenvolvidas.

A Unidade Funcional de Cuidados Intensivos é uma unidade polivalente, está em funcionamento desde 1991 e tem a lotação de 5 camas. Esta Unidade está vocacionada

para necessidades médicas, cirúrgicas e orto traumatológicas deste hospital e de outras instituições se necessário.

A equipa médica é constituída por 5 médicos, entre as especialidades de medicina interna e pneumologia. Durante as 24 horas está um médico de serviço e os restantes estão ao serviço durante o período da manhã. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 10 elementos, 3 em horário fixo (com responsabilidades pela esterilização, reposição de material e atividades de apoio ao serviço) e 6 em horário rotativo.

A equipa de Enfermagem é constituída por 22 enfermeiros. A Enfermeira-chefe é única com horário fixo. Os restantes elementos estão em horário rotativo, organizado em 5 equipas (com mais ou menos 4 elementos cada). A equipa de Enfermagem conta com 3 Enfermeiros Especialistas na área médico-cirúrgica e 1 Enfermeiro da área de reabilitação. Mais de 50% dos Enfermeiros exerce funções na Unidade há mais de 10 anos, demonstrando experiência profissional e competências em cuidados intensivos. De acordo com os níveis de proficiência de Benner (2001) os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) encontram-se entre os níveis de competente e perito. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, de acordo com documento do serviço para a integração de novos profissionais e estudantes em estágio. A cada 15 dias é atribuído pelo enfermeiro chefe de equipa a cada enfermeiro, 1 ou 2 utentes. Os registos de enfermagem são realizados através da CIPE/SAPE.

Seguidamente será realizada a descrição dos objetivos de estágio e as respetivas atividades desenvolvidas, assim como estes contribuirão para o desenvolvimento de competências especializadas.

- **Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e família/pessoa significativa.**

No dia 22 de setembro dei início a uma nova etapa do percurso académico e profissional, estágio do módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos. Trazer a experiência profissional em UCI para o âmbito do presente documento constitui uma

narrativa de experiências de trabalho, sobre o qual se impõe uma necessária reflexão. Se no início a fragilidade e pequenez sentidas perante a complexidade de cuidados a que estava exposta foram os sentimentos presentes, nesta fase e após um período de integração a aprendizagem e o aprofundamento de conhecimentos práticos e teóricos contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas perante a experiência desenvolvida em Cuidados Intensivos.

Quando se fala em experiência, refiro-me ao que aprendi através de situações reais e nas quais se produziram conhecimentos que fui capaz de ir integrando nos cuidados subsequentes. A decisão de intervir na situação focalizando os aspetos críticos, decorria do desenvolvimento da habilidade para analisar relações complexas entre sinais e sintomas, interpretar alterações psicológicas e relacioná-las com a situação específica de cada pessoa em função de conhecimentos anteriores, de experiências tidas, da percepção imediata do estado físico e psicológico, de sinais vitais.

Neste sentido gostaria de salientar a importância que as reuniões de passagens de turno tiveram na transmissão de informação específica e criteriosa do estado da pessoa internada, permitindo aos enfermeiros saber todos os cuidados e alterações que ocorreram desde o último turno realizado. Esta passagem de turno, através da leitura das notas gerais de outros turnos permitiu transmitir dados importantes na continuidade dos cuidados e no processo de conhecer a pessoa internada de forma continuada e sistemática.

A exposição a uma grande variabilidade de situações ajudou a aumentar um conhecimento aplicável a casos similares, quer na identificação precoce de antecedentes quer na previsão de consequências da ação. Citando vários exemplos de cuidados com especificidade são as intervenções a pessoa submetida a entubação oro traqueal, estando consciente ou não, estar desperta para a comunicação e a avaliação continuada da dor. Aquando da extubação oro traqueal estar atenta à resposta da pessoa e atuar de acordo com, avaliando os parâmetros respiratórios. Por outro lado, os cuidados a ter numa pessoa com cateter arterial e os cuidados a ter na sua manutenção. Procedi à leitura, interpretação e registo dos valores dos dispositivos médicos obtidos através da monitorização hemodinâmica da pessoa.

Na limpeza de vias aéreas da pessoa submetida a entubação orotraqueal foi importante aprofundar conhecimentos sobre a anatomia das vias respiratórias, cuidados a ter em termos de controlo de IACS e estar atenta a alteração de sinais vitais durante a técnica. Na prestação de cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica foi importante perceber a adaptação da pessoa a este tipo de intervenção estando sob sedação ou não, ou por outro lado na fase de desmame ventilatório as respostas da pessoa eram avaliadas continuamente. Qualquer alteração na ventilação era despistada precocemente, pela atenção permanente às possibilidades de obstrução faríngea pela presença de secreções, atuando de imediato com as ações indicadas a cada caso. Na pessoa com patologia respiratória eram realizadas todas as intervenções indicadas, desde administração de atmosfera húmida, aspiração de secreções, cuidados à pessoa com traqueostomia, correto posicionamento e alternância de decúbitos. Tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa sob técnica de hemofiltração e aprofundar conhecimentos sobre as intervenções associadas, através de consulta de documento próprio do serviço e partilha de conhecimentos com a Enfermeira Orientadora.

No desenvolvimento de competências específicas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica foi importante perante a experiência adquirida, mobilizar conhecimentos científicos e otimizar o *olhar* sobre a pessoa detetando precocemente focos de instabilidade. Neste sentido gostaria de descrever uma situação em que a pessoa estava sedada com perfusão de propofol e frequência cardíaca estava entre os 55 e 60 bat./min., no início do turno. Monitorizando a pessoa, no sentido de verificar a posição dos elétrodos e adequar os valores em que o monitor alarmava, observei que a frequência cardíaca continuava a baixar até aos 47 bat./min., informei o médico que deu indicação de se baixar o débito da perfusão de propofol, que não teve efeito acabando por fazer 1 fórmula de atropina com efeito imediato, que acabou por repetir mais duas doses, pois durante o turno, acabou por repetir episódios de bradicardia. Com esta experiência pude constatar o quanto é importante conhecer os antecedentes e avaliar sistematicamente a pessoa em risco de paragem cardiorrespiratória, despistando outras causas e agindo em conformidade.

Outra situação no qual desenvolvi competências e atuei em conformidade, foi na pessoa em risco de instabilidade com suporte de aminas vasoativas em perfusão, para além da monitorização hemodinâmica a que se deve estar atento é a preparação desta medicação antecipadamente, no sentido de anteceder o acontecimento. Dada a instabilidade hemodinâmica da pessoa estive atenta às perfusões que a pessoa tinha em curso e vigiava o seu término, não facilitando repercussões no estado hemodinâmico da pessoa pela falta de medicação (entre o termino da seringa e a preparação de outra).

Apesar de não ter oportunidade de aplicar e desenvolver habilidades em Suporte Avançado de Vida, as experiências descritas e a colaboração com a equipa permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, estando desperta a identificar focos de instabilidade, através da monitorização intensiva da pessoa, quer a nível hemodinâmico, quer a nível físico e psicológico.

Não posso deixar de referir que a mobilização da minha prática profissional facilitou a prestação de cuidados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica que não estando em estado crítico, necessitava de uma vigilância contínua e sistemática na eminência de haver um agravamento do seu estado de saúde. E neste âmbito senti à vontade na prestação de cuidados, aprofundando conhecimentos e sedimentando cuidados à pessoa submetida a cirurgia major numa Unidade de Cuidados Intensivos. A experiência profissional precedente permitiu gerir de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e formação pós-graduada.

A capacidade de adaptação a novas situações com as quais não estava familiarizada foi sendo desenvolvida ao longo do estágio. O contato permanente com a família foi uma dessas situações e neste sentido procurei manter-me disponível para ouvir a pessoa doente e família independentemente do tipo de comunicação, proporcionando o conforto à pessoa/família. E neste âmbito tive em conta a teoria do Conforto defendida por Kolcaba, que conceptualiza as necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de

tensão, que incluem necessidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais, tornadas aparentes através de relatos verbais e não verbais (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Visando o alívio do stresse decorrente da hospitalização, na Unidade procura-se um ambiente descontraído que favorece o estabelecimento de relação com a pessoa doente, e entre todo o pessoal, através de um ambiente calmo, promovendo repouso em horários adequados e muitas vezes com música ambiente. Havia flexibilidade na presença de familiares no horário instituído da visita, visto que alguns teriam que faltar ao trabalho para poder visitar o seu familiar internado ou por outras razões.

Na gestão diferenciada da dor identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar não só através da comunicação com a pessoa, mas o observar físico e monitorização de sinais vitais. Na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e em colaboração com o médico garantir uma resposta adequada a esta experiência sensorial individual que é a dor. Por outro lado e através da mobilização no leito garantir a massagem permitindo o relaxamento por parte da pessoa e aliviando a dor provocada por alguns posicionamentos. Demonstrei conhecimentos e interesse na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, através do aprofundar de conhecimentos acerca da temática, pelas recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (ALVES *et al*, 2012) e partilha com a Enfermeira Orientadora e outros elementos da equipa. Esta partilha surgiu perante a deteção de não conformidades no registo da dor na pessoa sedada e sob ventilação mecânica e que não comunica. Posto isto foi importante dar a conhecer os resultados do estudo da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) que emanam recomendações para a monitorização da dor na pessoa em situação crítica. Esta intervenção perspetivou a implementação futura da escala recomendada pela SPCI, que ficou para avaliação por parte da equipa multidisciplinar (anexo 4).

Na prestação de cuidados à pessoa internada na UCI desenvolvi competências no âmbito da gestão da comunicação interpessoal quer com a pessoa doente e os seus familiares. Tendo por base a carta dos direitos e deveres dos utentes e ancorando o

exercício profissional na preocupação da defesa e da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005), desenvolvi competências para a relação, visando o estabelecimento de relações terapêuticas, quer a nível da compreensão empática, ou da aceitação incondicional, autenticidade e respeito, integrantes da relação de ajuda. A experiência permitiu trabalhar estes instrumentos, numa perspetiva de melhoria, parte do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Por outro lado, desenvolver a capacidade de interpretação mais atenta e trabalhar habilidades de reconhecer vários tipos de mensagens que permitem comunicar com a pessoa doente, verbal e não verbalmente.

Na comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica desenvolvi estratégias de comunicação facilitadoras da mesma, nomeadamente, transmitir informação sobre os cuidados a prestar para minimizar inquietações e agitação, perceber a comunicação por parte da pessoa doente através da sua mimica facial, gestos, fácies de dor associada a uma posição de desconforto, sinais, o apontar e leitura pelos lábios (URDEN *et al*, 2008). Por outro lado quando a pessoa não está sedada e está entubada orotraquealmente muitas vezes tenta falar e a presença do tubo não lhe permite, o esclarecer deste aspeto foi importante para melhorar a comunicação e de alguma forma obter o consentimento e colaboração por parte da pessoa. A explicação à pessoa doente e à família, (em linguagem clara, adequada e acessível) a função dos diferentes equipamentos tecnológicos utilizados na prestação de cuidados, validando a sua compreensão sobre as mensagens transmitidas e esclarecer dúvidas sequentes e adicionais, foram estratégias de melhorar a comunicação. Apelando ao direito de informação da pessoa doente e família e ao dever de informar do Enfermeiro no que respeita aos cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005).

Na intervenção com a família foi importante perspetivar a sua importância na globalidade e não apenas como pessoas que apenas vão visitar a pessoa internada e desejam obter informações. De acordo com Vieira (2007, p. 83) a *família “é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos*

mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados". Na maioria das situações foi possível perceber quem era a pessoa significativa e que tipo de relação estabelecia com a pessoa internada.

Através da partilha de informações e especificamente pela profundidade das questões realizadas pela mesma em relação ao familiar internado. Neste sentido a vulnerabilidade, o nível de compreensão da família, o desejo destes à informação, os conhecimentos e as percepções das pessoas sobre a doença e sobre a sua situação clínica, o seu estado emocional, foram elementos que aprendi e aprofundi com esta experiência a considerar na decisão de transmissão da informação e no processo de comunicação que estabeleci.

No processo de cuidados fez-me todo o sentido estruturar o cuidar de acordo com as cinco categorias que Swanson (1991) desenhou desde o conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. A importância de se conhecer a pessoa e a situação envolvente, evitando conceitos pré-estabelecidos, mostrando disponibilidade e interesse, apelando à competência e mantendo uma atitude de esperança e otimismo. Houve situações várias que estas componentes do cuidar se evidenciaram, mas passo a descrever uma que foi marcante.

O estado de coma numa pessoa constitui uma situação ingrata para os profissionais de saúde e principalmente para a família da pessoa em coma. Não só porque não se consegue prever um desfecho exato para a situação e por outro lado a expectativa que os familiares têm quanto à recuperação da pessoa doente. Neste sentido os enfermeiros acompanham os familiares neste processo de transição de saúde/doença e necessitam de instrumentos que os auxiliem a vivenciar a experiência de uma forma saudável, não criando expectativas ambiciosas, acompanhando a evolução do seu familiar doente em coma, mas também não caindo no descrédito. Meleis *et al* (2000) referem que os enfermeiros podem influenciar os processos de transição desde que se focalizem na pessoa e nas suas reais necessidades. Pois esta influência pretende, segundo Swanson a capacitação da pessoa no processo de tomada de decisão para o autocuidado, esta tomada de decisão inclui muitas vezes a família. Neste contexto incentivei os familiares

a comunicarem com o seu familiar doente, quer seja pelo toque ou verbalmente. CHAREPE *et al* (2011) apelam aos pontos fortes que permitem aos familiares lidarem com desafios e mudanças impostas pela situação de doença, acreditando que todas as famílias possuem recursos quer seja pelas suas competências individuais, quer seja pela interação familiar existente. No enriquecimento do processo de cuidados foi importante para mim a centralização na pessoa/família doente de forma a conhecer melhor a situação e à posteriori mobilizar esse conhecimento no processo de tomada de decisão, pois como refere Phaneuf citada por Vieira (2007, p. 115) “(...) a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contato relacional. Neste primeiro contato a enfermeira orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades das pessoas”. Apesar de algumas rotinas de serviço, tal como a monitorização da mobilidade da pessoa doente quer seja no turno da manhã ou tarde e que coincidiam com a hora das visitas, foi necessária a devida adequação permitindo aos familiares e pessoas doentes usufruir do maior tempo possível das visitas. O desenvolvimento da comunicação foi um motor nas competências relacionais baseando-se numa atitude de solicitude para com a pessoa doente e família, visando a relação terapêutica. A experiência permitiu o desenvolvimento de competências, mas também um crescimento e na maturidade pessoal e profissional. Como exemplo destaco que, durante o tempo de visita orientei o processo relacional de forma a criar um ambiente empático, não demonstrando pressa para falar e permitir que o familiar expusesse as suas inquietações. Por outro lado, perceber até que ponto o familiar tinha consciência do estado do seu familiar doente e o que desejava saber, ao mesmo tempo que promovia momentos de silêncio dando espaço à pessoa para integrar alguma informação que lhe estava a ser transmitida e por fim as medidas terapêuticas que estavam a ser implementadas. Aplicando esta metodologia desenvolvi competências na gestão da relação terapêutica tendo por base o protocolo spikes (BAILE *et al* 2000), que após aprofundar conhecimentos acerca desta temática permitiu que sedimentasse habilidades, conhecimentos e atitudes, na abordagem a relações interpessoais complexas. O que vem corroborar um pouco com o que Agostinho (2010, p.165) preconiza quando refere que

os “*enfermeiros com especialidade percebem em média e mais frequentemente a sua competência emocional, relativamente aos enfermeiros sem especialidade*”. Para além da transmissão de informação, promovi o toque terapêutico por parte dos familiares com a pessoa internada incentivando a comunicação com o mesmo, mantendo-o ao corrente de aspetos relacionais considerados importantes e positivos, acarinhando-o e tocando no seu familiar doente.

Perante o descrito e no que concerne à Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e família/pessoa significativa utilizando as estratégias delineadas no projeto de estágio realizei reflexão acerca da prática, desenvolvimento de competências e o aprofundar de conhecimentos através das reflexões críticas e dos documentos constituintes do portfólio. A partilha de saberes, o esclarecer de informações também se concretizou com a Enfermeira Orientadora e outros elementos da equipa, que enriqueceu o percurso. Pois de acordo com Watson (2002, p.56) o cuidar é “*um empreendimento (...) que exige estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar*”.

Na área comunicacional desenvolvi competências aprofundando a adequação de estratégias com a pessoa doente e sua família. No âmbito da gestão, estive desperta para a função dos Chefes de equipa observando a sua atuação na organização do serviço, gestão de materiais e medicamentos como a reposição de stocks (ex. estupefacientes) e manutenção de todo o material operacional (ex. carro de urgência). Pude gerir a colaboração dos assistentes operacionais, nomeadamente na supervisão de tarefas delegadas ou que realizavam de acordo com as orientações da comissão de controlo de infeção, como limpeza e manutenção do serviço e a relação com a pessoa doente e apoio nos cuidados prestados.

A situação particular das Unidades de Cuidados Intensivos para as quais convergiam algumas das necessidades do Hospital em cuidados à pessoa em situação crítica e estando os enfermeiros num espaço físico específico, proporcionou uma proximidade

com a pessoa doente/família e permitiu uma tomada de consciência intencional sobre o sentido do Eu e dos Outros, num “estar com”.

Na promoção de um ambiente seguro o alocar dos recursos existentes assim como na mobilização de conhecimentos anteriores, nomeadamente com o estágio realizado na CCI permitiu a maximização da intervenção na prevenção do controlo de infeção na pessoa internada na UCI.

Assim foram tomadas todas as precauções de proteção ao doente, nomeadamente no que respeita aos riscos de infeção cruzada, no estabelecimento de circuitos requeridos face às vias de transmissão, utilizando as técnicas adequadas a cada situação de cuidados e estabelecendo prioridades na execução de pensos de modo a prevenir a contaminação do ambiente.

A aplicação de medidas baseadas na evidência que visavam o controlo de IACS, relacionadas com procedimentos específicos tais como, cateterizações periféricas e centrais, algaliações. Por outro lado, estar desperta para a prevenção de úlceras por pressão, uma complicação devido à permanência prolongada no leito, promovendo a mobilização no leito se a situação da pessoa doente o permitisse, utilizando os recursos existentes.

No que refere à prevenção e controlo de infeção do trato urinário associada algaliação foram feitas reflexões acerca da prática com a equipa e contributos da investigação, permitindo o pensar na prática baseada na evidência, através de formações informais e numa perspetiva de partilha. Foi realizada uma revisão teórica acerca da prevenção da infeção urinária associada a algaliação que acabou por culminar na realização de uma comunicação livre através de *poster* (apêndice 8) no congresso dos Hospitais de 2012 (anexo 5). Esta revisão teórica, parte da revisão sistemática da literatura realizada foi partilhada na prática com os pares, trabalho já iniciado no âmbito do módulo de estágio anterior que permitiu refletir na e sobre a prática, de forma crítica e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

Perante o exposto considero que ao longo do estágio desenvolvi competências que na prestação de cuidados permitiram desenvolver autonomia nos cuidados, proporcionando momentos de orientação e reflexão com a enfermeira orientadora, facultando a tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. A integração na equipa também facilitou este percurso, constituindo um desafio na confrontação com determinados contextos. Tudo neste momento acaba por engrandecer a minha pessoa, como ser humano e ser profissional, no meu contínuo crescimento pessoal e profissional. As competências na demonstração de capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar foram sendo sedimentadas, assim como a iniciativa e a criatividade na interpretação e resolução de problemas da área de especialidade.

Atendendo à forma como Collière define a competência de enfermagem, mostrei ser competente na prestação de cuidados especializados à pessoa doente em estado crítico porque intervi demonstrando compreender algumas intervenções (dadas as oportunidades que tive) para manter e estimular a vida das pessoas, procurando os meios mais adequados para alcançar essa finalidade (COLLIÈRE, 1999).

No entanto é de referir que dado o tempo de estágio e a complexidade de cuidados, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes é contínuo, não ficando a compreender toda a dinâmica da Unidade, mas parte suficiente para perceber o papel de Enfermeiro Especialista. O percurso feito foi importante e as competências que ali adquiri e desenvolvi repercutem-se hoje na minha atividade clínica.

4. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL – Módulo I

Os Serviços de Urgência Geral têm na sua finalidade dar resposta a pessoas em situação urgente ou emergente proporcionando um tratamento eficaz, eficiente e equitativo. Neste novo contexto de prestação de cuidados torna-se importante clarificar dois conceitos: situações de urgência que *“são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”* e situações de emergência que *“são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (DGS, 2001, p. 7).

Dado o contexto atual, o serviço de urgência constitui para muitas pessoas, a porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde e para populações com características sociodemográficas específicas o único recurso de acesso aos cuidados de saúde. Perante o exposto denota-se a afluência excessiva de clientes aos Serviços de Urgência que por outro lado requer características específicas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros nesta área de especialidade. O domínio aprofundado de saberes, a capacidade de observação e análise, assim como lidar com o imprevisto com vista a estabelecer prioridades em situações de stresse e todas as capacidades comunicacionais adjacentes e não menos importantes, são características específicas que contribuirão para o desenvolvimento de competências.

Deste modo surge o estágio no Serviço de Urgência Geral, serviço de urgência polivalente e de referência para a especialidade de neurocirurgia. Neste capítulo vou descrever os objetivos de estágio e as atividades desenvolvidas, ilustrando as competências desenvolvidas na área de especialização. Inicialmente é feita uma caracterização do serviço, passo a uma reflexão crítica do percurso e fazendo uma abordagem ao controlo de IACS no serviço de Urgência.

Segundo o regulamento interno hospitalar o SUG deste hospital é um serviço de urgência polivalente “o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência”. Situa-se no piso 1 do Hospital (constituído por 2 pisos) e tem duas áreas de atuação, o ambulatório e o internamento.

A área de ambulatório do SUG é constituída pela triagem, gabinetes de atendimento de enfermagem, pequena cirurgia, gabinete de informação e acompanhamento (GIA), reanimação e gabinetes de atendimento médico (medicina, cirurgia, traumatologia, psiquiatria, especialidades médicas e especialidades cirúrgicas). A área de internamento do SUG é constituída pela unidade de internamento médico-cirúrgico (UIMC), medicina IV, unidade de cuidados diferenciados imediatos (UCDI) e onde se estende o funcionamento do GIA de acordo com o regulamento interno deste hospital.

O sistema de triagem utilizado no SUG é o protocolo de Manchester. A sala de reanimação está orientada para receber e estabilizar pessoas doentes emergentes/urgentes vindo do exterior ou mesmo do próprio SUG. O funcionamento desta sala é acionado pelo enfermeiro da triagem que através de um sinal sonoro ativa a equipa (1 médico, 3 enfermeiros e 1 assistente operacional) para a estabilização da pessoa em situação crítica. Os gabinetes de atendimento estão divididos em áreas distintas traumatologia, psiquiatria, medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas. Existem dois gabinetes de atendimento de Enfermagem. A pequena cirurgia tem como objetivo elaborar cirurgias de nível 1 (cirurgia que não requer pessoal especializado, exceto o cirurgião; a anestesia é local e realizada pelo cirurgião) a pessoas doentes em regime ambulatório.

A UCDI com uma lotação de 6 unidades está direcionada para pessoas doentes com necessidade de monitorização invasiva e não invasiva de sinais vitais, assim como de suporte ventilatório. A Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico com um total de 21 unidades, das quais 12 têm capacidade para monitorização cardíaca não invasiva e 1 quarto de isolamento com pressão negativa. A Medicina IV com 16 camas de enfermaria para internamentos de pessoas doentes do foro médico, pessoas que aguardam resolução social ou pessoas que aguardam integração na rede nacional de cuidados continuados.

O GIA foi criado no sentido de promover uma articulação eficaz e eficiente entre os profissionais de saúde e a pessoa doente/família. Existe uma equipa de assistentes técnicos que sob supervisão da equipa de enfermagem presta apoio aos familiares, visitas e pessoas significativas que estão com a pessoa doente. Nos turnos da manhã e tarde há um enfermeiro que presta apoio direto a este gabinete. Cada equipa de enfermagem tem um elemento de referência para o GIA.

O registo dos profissionais de saúde é informático. O programa informático implementado é o Alert®, que permite o registo e consulta de informação clínica em formato eletrónico em tempo real e possibilita a partilha de informação entre os profissionais de saúde. Na UCDI e na UIMC realizam-se registos clínicos no sistema de apoio ao médico (SAM) e SAPE.

No que refere à equipa de enfermagem é constituída pelo Enfermeiro-chefe, enfermeiras coordenadoras, enfermeiros chefes de equipa, enfermeiros especialistas e enfermeiros, cerca de 80 no total. As enfermeiras da coordenação colaboram com o Enfermeiro chefe na gestão do serviço, estando cada uma distribuída pela área do ambulatório e área de internamento. São 5 equipas de enfermagem e cada equipa de Enfermagem constituída por 16 enfermeiros, liderada por um Enfermeiro chefe de equipa. O Enfermeiro chefe de equipa colabora na gestão, supervisão da equipa e do serviço. O método de trabalho utilizado é o método individual por valência, no entanto na sala de reanimação o trabalho é em equipa, de acordo com documento do serviço para a integração de profissionais. Sendo que cada turno o enfermeiro chefe de equipa distribui os enfermeiros pelas diferentes valências tendo em conta características dos elementos, nomeadamente experiência, formação e integração em determinada valência (triagem e UCDI).

A equipa de assistentes operacionais está organizada em 5 equipas e as suas funções são definidas de acordo com cada valência da urgência e é o Enfermeiro chefe de equipa quem os distribui pelas valências. A equipa médica fixa do SUG é constituída por 1 diretor de serviço, 4 médicos de medicina interna, 1 médico de cardiologia e 7 médicos de medicina familiar. A equipa que fica distribuída para as 24 horas é constituída pelo chefe de equipa médica, médicos de medicina interna e especialidades médicas,

médicos de cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, médicos de ortopedia, médicos de anestesiologia, médicos de medicina familiar. Existem outros profissionais que contribuem para o funcionamento do SUG nomeadamente, técnicos de cardiopneumologia, do Serviço Social, do secretariado, e os assistentes técnicos do GIA.

Dando continuidade ao percurso académico deste curso, o estágio do módulo I decorreu num Serviço de Urgência Geral (SUG). O Serviço de Urgência Geral apresenta características muito específicas, dada a complexidade de cuidados que surgem e imprevisibilidade das situações, assim como do processo saúde/doença a que os clientes estão sujeitos.

Este ambiente hospitalar requer no Enfermeiro características específicas para uma resposta em tempo útil e adequada ao cliente que recorre à instituição de saúde, pois os enfermeiros de urgência prestam cuidados a utentes cada vez mais exigentes e estes esperam dispor da tecnologia mais avançada e sofisticada e cuidados de elevada sensibilidade (Sheehy, 2011). Neste contexto pretendi desenvolver competências relacionais, técnicas e científicas na intervenção do Enfermeiro Especialista no cuidar da pessoa/família em situação de urgência e/ou emergência.

Seguidamente será realizada a descrição dos objetivos de estágio e as respetivas atividades desenvolvidas, assim como estes contribuiram para o desenvolvimento de competências especializadas.

- **Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa/família em situação de urgência e/ou emergência.**

Numa fase inicial de observação e colaboração com a equipa de saúde a primeira impressão foi a presença de um exercício que se subsistia em dois eixos na concretização dos cuidados de saúde: a *prática avançada* e *enfermagem avançada*. Numa primeira análise esta dualidade talvez mais evidente neste contexto de prestação de cuidados levou à consciência crítica da minha intervenção e da minha intervenção na

equipa de saúde numa prática mais construtivista. Apelo às respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo da vida, tendo por base o conhecimento gerado pela investigação e teoria de Enfermagem, como reflete Silva (2007) acerca da direção do desenvolvimento da Enfermagem.

A enfermagem, de acordo com Meleis (1997), é uma ciência humana e uma disciplina orientada para a prática. Segundo Kérouac *et al.* (2007) os conceitos principais que emergem de várias teóricas de enfermagem, e que a partir dos quais é possível evoluir no conhecimento da disciplina, são *saúde, pessoa, ambiente e cuidado*. Kérouac *et al.* (2007) e Meleis (1997) referem que as diferentes formas de poder relacionar os conceitos centrais da Enfermagem determinam os modelos conceptuais para a profissão, que posteriormente contribuem para delinear linhas orientadoras na formação, investigação, prestação de cuidados ou gestão de cuidados de enfermagem. Assim o processo de cuidados que pretendo desenvolver está aliado à teoria, à prática e à prática baseada na evidência, dando resposta às transições humanas no sentido que penso ser o adequado à natureza dos cuidados de Enfermagem.

No SUG o Enfermeiro é o primeiro profissional de saúde com quem o cliente contacta, quer seja numa situação de maior ou menor complexidade, e é neste contexto que considero a importância de uma intervenção especializada na avaliação da pessoa que se dirige a este serviço. Durante o estágio desenvolvi as minhas atividades na área de ambulatório e no internamento focalizando o cuidado para a pessoa em situação crítica, no sentido de desenvolver competências especializadas.

A concretização dos objetivos foi possível pela prática em si mas também pela mobilização de conhecimentos teóricos que foi uma constante neste processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Senti que a mobilização de conhecimentos feita não só de uns módulos de estágio para os outros mas também da minha experiência profissional. Benner (2001) considera a experiência profissional importante e o conhecimento prático como um fator que se adquire com o tempo. Por outro lado a

autora refere que o desenvolvimento de competências de acordo com a experiência é mais segura e mais rápida, tendo como suporte boas bases pedagógicas.

Neste contexto tive oportunidade de prestar cuidados na área de triagem, embora com uma intervenção mais ligeira, uma vez que para realização deste procedimento é necessário um grau de perícia por parte dos Enfermeiros e uma formação específica em Triagem de Manchester (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2009). Nesta área a seleção de informação das diferentes fontes (observação do Enfermeiro, informação dada pela pessoa, Bombeiros e família /acompanhante) para a avaliação inicial da situação pelo Enfermeiro, permite ter uma intervenção direcionada para as necessidades da pessoa, atribuindo um grau de prioridade à mesma. O Sistema de Triagem de Manchester tem por base algoritmos que permitem uma objetividade e rapidez, na definição do grau de prioridade para a observação médica, atribuindo uma cor. Deste modo pretende-se o estabelecimento de prioridades no atendimento à pessoa que se dirige ao SUG tendo em conta a sua queixa inicial e seguindo o fluxograma de decisão. Na área de Atendimento II (caracterizados como laranjas e amarelos – triagem de Manchester) onde se prestam cuidados a pessoas que são triadas como urgente ou muito urgente, uma valência onde perante solicitações de variada natureza, o Enfermeiro tem de estar desperto para as pessoas que podem estar aparentemente estáveis e no momento seguinte ficarem instáveis e serem encaminhados para a Sala de Reanimação (ex. pessoa com sinais de choque, com crises convulsivas, ou mesmo em paragem cardiorrespiratória). Houve uma situação em que tive a iniciativa de reencaminhar a pessoa de novo para a triagem uma vez que o seu estado de saúde se agravou e assim agilizar o seu atendimento pela equipa médica, uma vez que o seu grau de atendimento passou de pouco urgente a muito urgente. Quando passava pela sala de espera dos utentes triados com a pulseira verde, de acordo com a triagem de Manchester observei que um utente manifestava um mal-estar geral, apresentava pele e mucosas pálidas e referia sentir palpitações cada vez mais frequentes. Perante esta situação solicitei uma cadeira de rodas e transferei o utente de novo para a sala de triagem, sendo novamente

triado e desta vez com a pulseira laranja e foi de imediato assistido de acordo com o seu grau de gravidade.

Na Sala de Reanimação, o foco da prestação de cuidados emergentes, a minha atuação esteve direcionada para monitorização hemodinâmica da pessoa para perceber o seu estado atual e poder atuar em conformidade junto da equipa. Nesta valência o trabalho em equipa é uma constante e deste modo mantive uma postura responsável e sempre disponível facilitando a integração na equipa e reconhecimento pelos mesmos. O aprofundar de conhecimentos acerca das Guidelines do Suporte Avançado de Vida (SAV) de 2010 (CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO, 2010) foi uma constante neste percurso. Tive situações de paragem cardiorrespiratória em que foi necessária a administração de fármacos específicos do SAV. Nesta área ocupei outros postos de atuação de forma a desenvolver um *olhar* mais abrangente sobre a aplicação do SAV e de acordo com a metodologia ABCDE (CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO, 2010). Na Sala de Reanimação tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Tendo por base as recomendações dadas pela Coordenação Nacional para as doenças cardiovasculares consegui colaborar com a equipa e dar resposta às situações referidas (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 2007).

Numa situação em que a pessoa com critérios já definidos para se acionar a Via Verde AVC, foi transferida da triagem para a sala de Reanimação fui autónoma na avaliação sistemática do estado de consciência da pessoa, reação pupilar e reação motora. Após esta avaliação informava continuamente o médico da evolução do estado de consciência da pessoa, para além de alertar para a colocação de um tubo de guedel prevenindo a queda da língua e assegurando a via aérea.

Após a primeira abordagem realizei o transporte da pessoa para o serviço de radiologia, a fim de ser submetido a uma tomografia computadorizada para confirmação de diagnóstico e identificação das áreas cerebrais lesadas. Antes de iniciar o transporte foi confirmado se o serviço para onde se pretendia transportar o utente estava preparado para o receber e iniciar a realização do exame. Durante o transporte apesar de curto, tive

em conta a monitorização hemodinâmica da pessoa e a continuação da avaliação sistemática do estado de consciência da mesma. O estado de consciência começou a degradar-se e as pupilas estavam anisocóricas, apesar da permeabilidade da via aérea, sabíamos que seria uma situação com mau prognóstico, uma vez que se confirmava o acidente vascular cerebral na zona do tronco (área responsável pelo centro respiratório). Os cuidados prestados neste transporte foram de acordo com o que está preconizado com as guidelines da SPCI de 2008 sobre transporte intra hospitalar do doente crítico.

Nos cuidados prestados à pessoa com Enfarte Agudo do miocárdio, a minha atuação esteve relacionada com a monitorização cardíaca da pessoa para perceber o traçado cardíaco (se tinha supradesnivelamento do segmento ST) e ao mesmo tempo avaliação da pele (se apresentava sudorese intensa e com isto avaliar se o seu estado de saúde se agravava ou não).

É de salientar que sendo um Hospital de referência na área de neurocirurgia, foi importante aprofundar conhecimentos nesta temática e assim ser proativa na intervenção à pessoa doente desta especialidade. Assim quando prestava cuidados tinha em atenção, não só o estado de consciência mas também, a reação pupilar, a reação motora e a resistência a nível dos membros.

Neste contexto da Sala de Reanimação pude demonstrar capacidade de reagir ao imprevisto, demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV e abordar questões complexas num processo de tomada de decisão fundamentado, baseando a prática na evidência das guidelines e adequando à pessoa em situação de urgência/emergência.

Apesar das várias intervenções à pessoa em situação crítica, a comunicação foi um dos instrumentos base não só para a colheita de dados (ex. início de sintomas na pessoa com EAM ou AVC), mas como forma de gerir a ansiedade ou medo que a pessoa estaria a sentir. A seleção da informação a transmitir assim como a adequação da mesma foram relevantes na gestão das relações interpessoais.

Na assistência às pessoas doentes e familiares sempre que possível e principalmente durante a colheita de dados era possível sensibilizar a pessoa para alterações nos seus

hábitos quotidianos que teria de adotar, por exemplo em situações de EAM ou início de AVC. Estas pessoas estão perante obstáculos que interferem no seu Autocuidado, nomeadamente a nível físico, intelectual e no apoio socio emocional que poderão ou não ter. Nestas situações as pessoas passam de um estado ou condição de vida para outro, que segundo Meleis *et al* (2000) denominam transição. Nestas situações as pessoas confrontadas com a situação de doença, fazem comparações constantes e sucessivas entre as suas capacidades atuais e as que tinham antes, como refere Mendes *et al* (2010). Apesar de ser uma fase inicial da situação de doença e muitas vezes crítica da saúde da pessoa, em que começa a ter consciência da mudança, foi importante alertar para determinados aspetos relacionados com o seu quotidiano. Este processo de cuidar foi estruturado de acordo com as componentes fundamentais que Swanson (1991) propõe. Esta intervenção mais evidente na UIMC, onde as pessoas vindas da reanimação ou blocos ficavam em observação. Com as experiências supracitadas pude desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e manter uma atitude proactiva na identificação de focos de instabilidade.

No que refere à intervenção junto da família da pessoa que recorre ao SUG, tive oportunidade de ficar alocada no posto de Humanização, o Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA), o qual pressupõe o acompanhamento, informação, orientação da pessoa doente e família. Este gabinete é assegurado por uma equipa de assistentes técnicos que dependem da equipa de enfermagem. Sendo que no turno da manhã e tarde existe um enfermeiro que presta apoio direto ao GIA. O horário para as visitas está alargado a nível do ambulatório para 24 horas enquanto no internamento existem dois períodos de visita. O Enfermeiro que fica alocado ao GIA faz a gestão das visitas e fornece informação acerca da pessoa internada dentro das suas competências. Por outro lado consegue realizar alguma triagem de pessoas internadas com risco social e aí fazer o devido encaminhamento para os profissionais do serviço social. Neste sentido o papel do Enfermeiro é perceber qual a situação real e em parceria com o Serviço Social encaminhar a pessoa/família de acordo com a situação.

A problemática surge associada às alterações demográficas que refletem o envelhecimento da população, neste contexto quando a situação de saúde/doença está resolvida, e o regresso a casa é iminente, constata-se estas situações ditas “casos sociais”. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012), referindo-se a dados de 2011, cerca de 40,5% das pessoas entre os 15 e os 64 anos têm um problema de saúde ou doença crónica e 17,4% destas pessoas tinha pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas. Nos dados consultados também referem que a coexistência de problemas de saúde ou doença crónica afetava cerca de 16% das pessoas da faixa etária referida. Por outro lado, nos resultados do Censos 2011, cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades de vida diária (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012). O INE acrescenta que estas dificuldades afetam 995213 pessoas idosas em Portugal, mais de metade das quais (565615) vivem sozinhas ou acompanhadas por outras pessoas idosas.

Assim perante esta realidade inquietante, prestei atenção particular a estas situações ditas “casos sociais” com maior incidência em maus tratos a pessoas adultas e idosas – situações de abandono, desidratação, desnutrição, défice no autocuidado, solidão, -, que permaneciam alguns dias no serviço, já com alta clínica e ao cuidado dos enfermeiros. Através da colheita de dados aquando da admissão da pessoa no SUG, realizei a triagem de pessoas com risco social ou familiar e em parceria com os profissionais do serviço social iniciar o devido encaminhamento.

Tive oportunidade de conhecer o modo como é acionada pelos enfermeiros a ajuda da Linha de Emergência Social (144), situação que ocorreu relativamente a um caso de violência doméstica. Colaborei nas reuniões feitas junto de familiares para efeitos de colheita de dados e serviços sociais para obter ajuda na resolução desses mesmos problemas.

No âmbito da educação para a saúde à pessoa e família, a possibilidade de contato com a população permitiu compreender as possibilidades de realizar ensinamentos a pessoas em situação de diabetes mellitus, hipertensão arterial, acidentes domésticos a cuidadores

informais de pessoas idosas, entre outros, sempre que oportuno. Esta intervenção surgiu perante a realidade diária de admissões no SUG de pessoas com agravamento da sua saúde por défice na gestão terapêutica e autocuidado. Neste sentido destaco a teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem onde descreve e explica o papel da Enfermagem na ajuda à pessoa (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Especificamente e tão importante como os outros conceitos metaparadigmáticos, os Cuidados de Enfermagem, nesta teoria, estão centrados na incapacidade para o autocuidado, e pretendem ajudar a pessoa a ultrapassar as suas limitações, através da adoção, por parte dos enfermeiros, de sistemas de intervenção totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios ou de apoio e educação, de acordo com a capacidade e vontade da pessoa (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Foi nesta perspetiva que orientei os momentos de realização de tratamentos, administração de terapêutica, ou durante a prestação de informações, para a educação para a saúde, intervindo nesta área autónoma da enfermagem e promovendo a saúde.

Na comunicação de más notícias deve-se apelar à competência relacional e profissional. Como forma de enriquecer a atuação dos Profissionais junto de quem recebe a notícia, disponibilizei no serviço o protocolo SPIKES, desenvolvido por R. Buckman (BAILE *et al*, 2000). Mais que um protocolo constitui linhas orientadoras que são fundamentais para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nesta área muitas vezes assumida como problemática na sua confrontação. Neste campo tive uma situação que tive oportunidade em colaboração com a Enfermeira Orientadora de aplicar o protocolo SPIKES numa fase mais final, que é a exploração de sentimentos e emoções de quem recebe a notícia. Assim neste caso a família já estava informada do que iria suceder, mas a constatação da realidade deu-se com a transferência do seu familiar para o Bloco Operatório onde se ia proceder à colheita de órgãos para doação. Neste momento foi importante acompanhar aquela família (a filha e a esposa da pessoa) abordando as suas emoções com respostas afetivas e oferecendo apoio e solidariedade.

A perceção de que aquela família tinha apoio no seu contexto sociofamiliar contribuiu para um diagnóstico inicial de resiliência familiar naquela situação, pois segundo o

modelo Walsh (2003) as duas premissas fundamentais assentam no contexto sociofamiliar e nas potencialidades da família para dar resposta a situações de elevado risco. Nesta área foi importante mobilizar conhecimentos e habilidades de variada natureza facilitadores da “dignificação da morte” e de processos de luto. A mesma autora acrescenta que as famílias vivenciam situações de adversidade, conflito, dúvida, angústia e crise e a meu ver necessitaram de uma intervenção especializada de Enfermagem. No sentido da profissionalização do cuidar descrita por Simone Roach (1997) incorporei na minha intervenção a compaixão, a confiança, a consciência, apelando à competência e ao comprometimento com aquela família. O aludir a pessoa para o sentido da doação de órgãos de acordo com as suas crenças e na promoção da esperança que aquela atitude se repercutia a outras pessoas doentes.

Nesta situação percebi que intervi com competência em parceria com aquela família numa situação de crise que como define Travelbee citada por Tomey e Alligood (2004, p. 470) “*a enfermagem é um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia o indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experiência da doença e do sofrimento, e se necessário, a encontrar sentido nestas experiências*”. A relação de ajuda, momentos de silêncio, o toque, a escuta, a disponibilidade, perante este tipo de situações e principalmente a empatia e confiança permitiram acalmar os familiares, permitindo um cuidar transpessoal. Perante situações similares utilizei os mesmos instrumentos, adaptando à individualidade da situação. Sendo importante salientar que alguns instrumentos foram utilizados com maior profundidade do que outros, por exemplo no apoio a familiares de pessoas com alterações do estado de consciência.

Dando continuidade ao *fio condutor* – Prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação - transversal aos módulos de estágio, dei continuidade ao mesmo, operacionalizando a revisão sistemática de literatura. Após um diagnóstico situacional pude construir o objetivo que se segue e passo a analisar a forma como o concretizei.

- **Colaborar na Monitorização de Boas Práticas na Prevenção das Infecções do Trato Urinário, através de estudo retrospectivo acerca da incidência destas infeções no Serviço de Urgência Geral.**

Em entrevista com Enfermeiro-Chefe e outros enfermeiros do serviço, constatou-se a inexistência de dados específicos sobre os tipos de infeção que pudessem justificar algum tipo acrescido de intervenção direcionada na prevenção das mesmas, pois os dados existentes estavam relacionados com o hospital em geral. Dada a importância da monitorização de Boas Práticas na prevenção da ITU num adequado controlo de infeção, que nesta fase constituiu um diagnóstico situacional acerca da incidência de infeções para posterior intervenção, que consta do projeto de intervenção no SUG (apêndice 9). A realização de um estudo retrospectivo acerca da incidência das ITU adquiridas no SUG permitiu elaborar um diagnóstico situacional acerca da incidência de infeções para posterior intervenção na prática. A metodologia utilizada foi através da colheita de dados nos processos de enfermagem de pessoas submetidas a algaliação ou com história de algaliação na UIMC e no diário clínico de pessoas submetidas a algaliação com uroculturas positivas no período do estudo. Após a colheita de dados e tratamento estatísticos dos mesmos concluiu-se que as infeções do trato urinário associado a algaliação foram elevadas no SUG comparativamente aos dados já citados.

Posteriormente em colaboração estreita com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiros de apoio à Gestão decidimos divulgar os resultados à equipa sensibilizando-os para esta problemática, mas também dar a conhecer este estudo à comissão de controlo de infeção (CCI) através da presença das Enfermeiras da CCI nas sessões. Foi disponibilizado a data e hora da ação de formação nas salas de trabalho de cada área do SUG (ambulatório e internamento) e o Enfermeiro-chefe através de correio eletrónico enviou a cada chefe de equipa esta mesma informação. Os dias selecionados para realizar a ação de formação, esteve relacionado com o tentar abranger o maior número de enfermeiros. Assim esta formação foi realizada no tempo entre a passagem de turno da manhã para a o turno da tarde (de 2ª a 6ª feira), de forma a abranger as 5 equipas. A

divulgação foi operacionalizada em 5 sessões de formação (cada sessão contou com ± 10 elementos de cada equipa incluindo o chefe de equipa). Foram divulgados os resultados do estudo, através da apresentação da ação de formação (apêndice 10), às diferentes equipas onde se realizou a análise da prática atual com as recomendações preconizadas, promovendo uma discussão construtiva acerca das práticas, o que possibilitou determinar atitudes/comportamentos a alterar de forma a diminuir a incidência da ITU associada a algaliação. Segundo Hesbeen (2000, p. 139), a formação permite ao profissional “*alargar o seus horizontes e melhorar a sua capacidade de ir ao encontro do benefício dos cuidados*” numa perspetiva de desenvolver competências. Desta forma, durante as sessões de formação foi possível, para além de discutir os resultados compará-los com dados existentes na literatura, transmitir algumas recomendações emanadas pela CDC acerca desta temática e avaliar recursos disponíveis para a melhoria na prática (nomeadamente a disponibilização de kits de algaliação em todos os postos de trabalho do SUG, dos dispositivos urinários externos “penrose” para utilização no homem em alternativa à algaliação e melhoria no armazenamento dos cateteres urinários).

A intervenção à pessoa com Edema Agudo do Pulmão foi um exemplo na prática bastante discutida, uma vez que se constatou ser frequente a utilização do cateterismo vesical. Consultando as *guidelines* da European Society of Cardiology (2012) e especificamente no algoritmo de intervenção à pessoa com Edema Agudo do Pulmão o cateterismo vesical só se apresenta no final do mesmo, não constituindo uma intervenção de *live saving*. No entanto ficou claro que cada caso deve ser avaliado individualmente e que o objetivo desta discussão foi apelar a um processo de tomada de decisão baseado no conhecimento científico e na dimensão do controlo de infeção que um cateterismo vesical desnecessário pode acarretar.

A revisão sistemática da literatura auxiliou na reflexão quanto a estratégias possíveis na prevenção deste tipo de infecção. Posto isto é de referir que foi feita uma avaliação da formação, utilizando um instrumento próprio (apêndice 6). Salientando que aproximadamente 62% dos enfermeiros do SUG estiveram presentes na formação e que 100% dos Enfermeiros que assistiram, consideraram a temática pertinente e útil na sua prática profissional e estavam motivados para mudar.

Para colmatar este percurso e como forma de divulgar a pesquisa realizada acerca da temática da prevenção do infeção do trato urinário associada a algaliação e partilha realizada nos diferentes módulos de estágio, a revisão sistemática de literatura será proposta para publicação.

Em suma, considerei o Serviço de Urgência um local enriquecedor no desenvolvimento de competências especializadas. A complexidade de cuidados e Imprevisibilidade de situações capacitaram-me de instrumentos para o estabelecimento de prioridades e observação que se refletem na minha pratica atual. Este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências foram promotoras de uma crescente autonomia nos cuidados, capacidade de reflexão crítica e construtiva e conseqüentemente melhoria nos diferentes níveis de intervenção, tendo como foco de intervenção a pessoa/família em situação de urgência/emergência.

CONCLUSÃO

A construção deste relatório permitiu analisar reflexivamente o percurso da aprendizagem no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem médico-cirúrgica, através da fundamentação teórica, científica e prática. O desenvolvimento de competências no diagnóstico de situação de uma problemática que emergia da prática clínica permitiu o planeamento de estratégias para dar resposta ao problema de acordo com cada realidade, baseando a prática na evidência científica existente.

A temática da prevenção de IACS e a intervenção de enfermagem foi um eixo central nos diferentes módulos de estágio que a partir da revisão sistemática de literatura permitiu a partilha de informação, reflexão da prática existente com as recomendações preconizadas, promovendo o desenvolvimento profissional e científico. Possibilitou desenvolver, também competências de investigação não só pelo problema que emergia da prática clínica, mas também não conformidades que existiam na prática dos cuidados – intervenção de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação, sendo que esta temática do controlo de infeção foi abordada ao longo dos estágios de forma diferente tendo por base a análise reflexiva e a formação dos profissionais. De alguma forma sinto que pude deixar um contributo nos diferentes contextos, e que o mesmo terá utilidade na prática clínica dos profissionais, assim como na continuidade dos trabalhos iniciados.

Neste âmbito e com contributos da investigação realizei ações de formação em serviço, apresentei um *Poster* num congresso. Estas atividades permitiram mediante um diagnóstico de situação, operacionalizar a revisão sistemática de literatura de acordo com as necessidades do serviço. Por outro lado comunicar resultados da prática clínica a audiências especializadas promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

O outro eixo central do estágio que foi a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica permitiu desenvolver variadas competências e adquirir novos conhecimentos que fazem parte da minha prática

profissional atual. Considero que os dois eixos permitiram contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem. Não podendo deixar de referir que os diferentes contextos da prática e os seus atores promoveram o desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica aliados aos objetivos delineados. Os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e em alguns aspetos superados. No entanto é de referir que na confrontação entre a prática baseada na evidência e algumas não conformidades na prática, foi difícil o arranque para a mudança, embora considere ter sido um motor para a mudança, mediante a partilha de experiências anteriores, evidência científica, reflexão e estratégias facilitadoras na prática para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica.

As dificuldades sentidas prenderam-se com a curta experiência profissional, mas nesse sentido consegui colmatar essas “falhas” não só através da orientação dada pelos Enfermeiros, como todo o incentivo e tutoria promovida pelos professores envolventes, mas também pelo aprofundar de conhecimentos constante. Pois como refere Honorré (2002, p. 99) *“a formação em saúde não deve ser prescritiva, mas descoberta, revelação, apoio mútuo, acompanhamento em função dos acontecimentos ao longo da vida”*. Considerando que o desenvolvimento das competências especializadas continuará ao longo da vida.

A aquisição e o aprofundar de conhecimentos, habilidades e atitudes decorreram de forma progressiva ao longo do Estágio, a nível pessoal e profissional, não só pela formação pós-graduada, mas também pela transferência de competências de uns módulos para os outros e da minha prática clínica.

Todos os atores intervenientes neste processo promoveram este desenvolvimento, nomeadamente, os enfermeiros orientadores, professor tutor, equipa multidisciplinar e a pessoa/família doente em situação crítica a quem prestei cuidados. O aprofundar de conhecimentos, através da pesquisa e partilha bibliográfica, foi um instrumento importante. Sinto que houve um amadurecimento no desenvolvimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica, no alívio da ansiedade perante uma situação desconhecida; desenvolvi competência na intervenção à pessoa/família em

processo de luto. A tomada de decisão baseada na evidência foi também um alicerce que foi desenvolvido ao longo do estágio.

A nível pessoal e profissional este curso proporcionou-me uma visão diferente e alargada perante a Enfermagem e o seu campo de atuação de forma aprofundada e maturidade na concretização da minha atividade profissional que pretendo continuar a desenvolver. O crescimento pessoal e profissional que o Estágio permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família e na satisfação das suas necessidades. A mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes resultantes da experiência profissional, pessoal e da vida para a prática clínica constituiu mais um fruto deste percurso. De forma a identificar as forças externas e internas que influenciaram o percurso e, ainda, justificar a pertinência das atividades desenvolvidas, foi elaborada uma análise descrevendo as forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) (SWOT), que apresento seguidamente (quadro 2). Atualmente, pretendo dar continuidade à abordagem da temática estratégias de prevenção da infeção do trato urinário associado a algaliação em parceria com a CCI da minha instituição. Por outro lado manter-me atualizada e continuar a divulgação científica mediante o aprofundamento de conhecimentos realizado. Este percurso já iniciado com o objetivo de um exercício de uma prática de excelência, com o intuito de aumentar os ganhos em saúde e dignificar a Enfermagem.

Quadro 2 – Análise SWOT

Análise Interna	
<p style="text-align: center;">Pontos Fortes (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspetiva melhor fundamentada e especializada em relação à prática profissional diária. • Divulgação dos resultados da prática aos Enfermeiros, numa perspetiva pedagógica. • Realização de diagnóstico situacional em contexto de estágio. 	<p style="text-align: center;">Pontos Fracos (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo reduzido para a construção do relatório de estágio e entrega do mesmo. • Pouco tempo de experiência profissional.
Análise Externa	
<p style="text-align: center;">Oportunidades (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar conteúdos de investigação à prática dos cuidados. • Contato com diferentes contextos da prática e transferência de saberes para a prática atual. 	<p style="text-align: center;">Ameaças (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade dos Enfermeiros para colaborar em projetos de intervenção e ações de formação.

BIBLIOGRAFIA

AGOSTINHO, L. M. (2010). **Competências Emocional em Enfermeiros**. Coimbra: Formasau.

ALVES, Fernando., CARNEIRO, Helena., DUARTE, João., NUNES, Maria., PINHO, José. (2012) **Resultados do Plano Nacional de Avaliação da dor**. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

APISARNTHANARAK, Anucha; THONGPHUBETH, Kanokporn; SIRINVARAVONG, Sirinaj; KITKANGVAN, Danai; YUEKYEN, Chananart; WARACHAN, Boonyasit; WARREN, David K.; FRASER, Victoria J., "Effectiveness of multifaceted hospital wide quality improvement programs featuring an intervention to remove unnecessary urinary catheters at a Tertiary Care Center in Thailand." **Infection Control and Hospital Epidemiology**. 28, 7. (janeiro, 2007) 791-798.

BAILE, Walter., BUCKMAN Robert., LENZI, Renato., GLOBER, Gary., BEALE, Estela., KUDELKA, Andrzej. SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist** 5, (junho, 2000) 302-311.

BASSIT, Nidia; EDUARDO, Maria; KATSUYA, Elizabeth (2008) – **Vigilância da doença de Creutzfeldt-jakob e outras doenças priônicas: normas e instruções**. São Paulo: SES/SP.

BENNER, P. (2001). **De Iniciado a Perito, excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora.

BERNARD, M.S., HUNTER, K.F., MOORE, K.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**, 32(1), (janeiro/fevereiro, 2012) 29-37.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) - HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee –. Guidelines for prevention of catheter – Associated Urinary Tract Infections **Centers for Disease Control and Prevention** (2009).

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2009) - Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Disponível em: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/guidance.htm>

CHAREPE, Zaida., NETO, Afonso., FIGUEIREDO., Maria., VIEIRA, Margarida. (Re) Descoberta de Esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. **Texto Contexto Enferm**, 20(2) (abril/junho, 2011) 349-58.

COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (2010). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica**. Ordem dos Enfermeiros.

COLLIÈRE, M. F. (1999) - **Promover a Vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 3ª ed.. Lidel Edições Técnicas, Lda., Lisboa.

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – Versão Portuguesa das Recomendações para a Reanimação do European Resuscitation Council (2010).

COORDENAÇÃO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – Recomendações clínicas para Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde do Enfarte Agudo do Miocárdio. Lisboa. (2007).

CROUZET, J., BERTRAND, X., VENIER, A.G., BADOZ, M., HUSSON C., TALON, D. Control of the duration of urinary catheterization: impact on catheter-associated urinary tract infection. **Journal of Hospital Infection** 67, (agosto, 2007) 253-257.

DAILLY, S. Auditing urinary catheter care. **Nursing Standart**, 26 (20), (janeiro, 2012) 35-40.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2008). **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) **Rede de Referenciação Hospitalar de urgência/emergência**. – Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2009) **O manual para os observadores um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de Saúde portuguesas**. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associados aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

ELPERN, H., KILLEEN, K., KETCHEM, A., WILEY, A., PATEL, G., LATEEF, O., Reducing Use of Indwelling Urinary Catheters and Associated Urinary Tract Infections. **American Journal Critical Care**; 18 (novembro, 2009) 535-541.

FAKIH, MG., DUEWEKE, C., MEISNER, S., *et al.* Effect of nurse-led multidisciplinary rounds on reducing the unnecessary use of urinary catheterization in hospitalized patients. **Infect Control Hosp Epidemiol**. 29(9) (setembro, 2008) 815–819.

GOKULA, M., SMOLEN, D., GASPAR, P., HENSLEY, S., BENNINGHOFF, M., SMITH, Mindy. Designing a protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized patients. **American Journal of Infection Control**. (2012) 1-3.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – 2009 – (consultado a 23 de abril de 2013)

<http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

HOSPITAL IN EUROPE LINK FOR INFECTION CONTROL TROUGHT SURVEILLANCE (HELICS) – 2002 (consultado a 3 de maio de 2012)

http://helics.univ-lyon1.fr/helics3/final_report/final_report.pdf

HESBEEN, W. (2000). **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência.

HONORÉ, B. (2002). **A Saúde em Projeto**. Loures : Lusociência

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA –2012 (consultado a 24 de abril de 2013)

<http://www.ine.pt>

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2012) - *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção – (2010).

http://pnci-ve.dgs.pt/Relatorio/Relatorio_26.aspx

KÉROUAC, S., PEPIN J., DUCHARME, F., DUQUETTE A., Major, F. (2007). **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Elsevier Masson.

LOEB, M., HUNT, D., O'HALLORAN, K., CARUSONE, SC., DAFOE, N., WALTER, SD., Stop orders to reduce inappropriate urinary catheterization in hospitalized patients: a randomized controlled trial. **J Gen Intern Med**; 23(6) (abril, 2008) 816–820.

MARRA, A., CAMARGO, T., ALVES, P., SOGAYAR, A., MOURA, D., GUASTELLI, L., ROSA, Carla., VICTOR, E., SANTOS O., EDMOND, M., Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. **American Journal Infect Control**; 39 (janeiro, 2011) 817-22.

MELEIS, Afaf *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advanced Nurse Science**. Vol. 23, nº 1, (2000) p. 12-28.

MELEIS, AI. (1997). **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 3ªed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

MENDES, A., BASTOS, F., PAIVA, Abel. A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série - n.º 2 (dezembro, 2010) pp.7-16.

OMAN, K., MAKIC, M., FINK, R., SCHRAEDER, N., HULLET, T., KEECH, T., WALD, H. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. **American Journal of Infection Control** 40 (2012) 548-53.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). **Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) (consultado a 20 de julho de 2012)
<http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>

PITTET D, B. A. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. **The Lancet Infectious Diseases**, 6, (outubro, 2006) pp.641-652.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2010) (consultado a 23 de abril de 2013)

<http://pns.dgs.pt/apresentacao-2/>

PNCI. (2004). **Recomendação para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário**. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS (REPE) – (Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro)

RHODES, N., MCVAY, T., HARRINGTON, L., LUQUIRE, R., WINTER, M., HELMS, B. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part II. Limit Duration of Catheter Use. **Journal for Healthcare Quality**, 31(6), (novembro/dezembro, 2009) 13-17.

ROACH, S. (1997) **Caring from the Heart – the convergence of caring and spirituality**. New Jersey: M. Simone Roach.

RUIVO, A.; FERRITO, C. - Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setúbal. ISSN 1646-5067. 15 (2010) 37.

SHEEHY, S. (2011) **Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática** (6ª edição). Loures: Lusociência.

SILVA, A. – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina, **Revista Servir**. 55:1-2 (janeiro/abril, 2007) 11 – 20.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. – “Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure”, **European Heart Journal**. 33, (2012) 1787-1847

SPCI – **Recomendações do Transporte do Doente Crítico** - Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos (2008).

SWANSON, Kristen - Empirical development of a middle range theory of care. **Nursing Research**. Vol. 40, nº 3, (maio/junho, 1991) p. 161-166.

TOMEY, Ann.; ALLIGOOD, Martha. (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusociência.

URDEN, L., STACY, K., LOUGH, M. (2008). **Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª edição. Loures, Lusodidacta.

VIEIRA, M. (2007). **Ser enfermeiro, da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

WALSH, F. Family resilience: a framework for clinical practice. **Family Process**, 42, (2003) 1-18.

WATSON, J. (2002). **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência.

WEITZEL, T., To cath or not to cath? **Nursing** 38 (2) (2008) 20 –21.

WILSON, J. (2001). **Controlo de Infecção na Prática Clínica** (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, lda.

WINTER, M., HELMS, B., HARRINGTON, L., LUQUIRE, R., MCVAY, T., RHODES, N. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part I. Avoid Catheter Use. **Journal for Healthcare Quality**, 31(6), . (novembro/dezembro, 2009) 8-12.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2012) – **Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

APÊNDICES

**Apêndice 1 - Norma de Procedimento Geral: Prevenção da transmissão cruzada de
pessoas com a doença de Creutzfeldt Jakob**

NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL
Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes
com Doença de Cretzfeldt Jakob – 1092

0110 an 10d

FINALIDADE:	Orientar para a prevenção da transmissão cruzada nos doentes com Doença de Cretzfeldt Jakob
DESTINATÁRIOS:	Todos os Profissionais de Saúde
PALAVRAS-CHAVE:	Doença de Cretzfeldt Jakob, Precauções Universais, Risco de Contaminação

Autor (es)	Conceição Vermelho; Júlio Botas; Paula Paramés; Teresa Chambel; Vera Andrade (Aluna EEMC – Universidade Católica)	Data de elaboração	2012.05.22
Verificação C. Qualidade	Clara Rocha; Olga Carreira	Data de Verificação	2012.05.27
Aprovação	Conselho de Administração	Data de Aprovação	
Divulgação	Circular Normativa Nº 64	Data de Divulgação	2012.07.11
Versão	1	Data de Revisão	
Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Cretzfeldt Jakob	Versão	1 Pág. 1 de 7

CONCEITO

A **Doença de Creutzfeldt Jakob**, uma forma de Encefalopatia Espongiforme, é uma doença neurológica degenerativa, de início insidioso, progressão rápida e fatal, transmitida por um agente infeccioso proteínico – o príão (AESOP, 2010). Caracteriza-se por perturbações sensoriais e cognitivas, demência, ataxia, disfunção do cerebelo, mioclonia, rigidez, alterações da visão e outros sinais neurológicos (AESOP, 2010).

INTRODUÇÃO

Para a identificação de **utentes de risco**, são estabelecidos dois tipos:

- **Grupo I** – Utentes com diagnóstico de Encefalopatia Espongiforme e utente com suspeita, sintomatologia sugestiva mas sem diagnóstico confirmado.
- **Grupo II** – Utentes assintomáticos com risco potencial de Encefalopatia Espongiforme (enxerto de dura-máter, hormona de crescimento, recetores de transplante de córnea, pessoas submetidas a procedimentos neurocirúrgicos invasivos, história familiar, etc.). (AESOP, 2010)
- O **risco de contaminação** em função do tecido manipulado divide-se em 3 categorias:
 - Nível **elevado** de infecciosidade – tecido cerebral, medula espinhal, dura-máter, pituitária e tecido ocular.
 - Nível **médio** de infecciosidade – Líquido céfalo raquidiano, rim, fígado, gânglios linfáticos, baço e placenta.
 - Nível **baixo** de infecciosidade – urina, fezes, sangue, saliva, expetoração, lágrima coração, suprarrenal, tireoideia, medula óssea, músculo e tecido adiposo. (AESOP, 2010)

Assim a AESOP (2010, p. 112) refere que a dificuldade em inativar o príão e o consequente risco de infeção cruzada impõem a implementação de medidas não convencionais de descontaminação.

DESCRIÇÃO

1. RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Não há evidência de que o **Isolamento do doente** seja uma medida de controlo de infeção, podendo permanecer nas enfermarias, o que se recomenda são as precauções universais. O isolamento poderá ter apenas um valor humano no conforto dos doentes e seus familiares (WHO, 1999, p.5).

Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Creutzfeldt Jakob	Versão	1	Pág. 2 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

- Os profissionais de saúde devem utilizar as **Precauções universais**. Após a utilização de equipamento de proteção individual devem ser descartados, para contentor próprio para incineração. (WHO, 1999, p.5).

2. MEDIDAS NO BLOCO OPERATÓRIO

2.1. Programação da Cirurgia (Categoria IB)

- Avaliar critérios de indicação cirúrgica de forma responsável, tendo em atenção o grau de risco que a intervenção representa, as condições e recursos existentes e os benefícios para o doente. Esta avaliação deve ser feita em conjunto, envolvendo todos os serviços implicados (unidades de internamento; bloco operatório, serviço de esterilização, etc.) sob orientação da CCI.
- Providenciar todos os recursos materiais essenciais ao procedimento cirúrgico bem como, à prevenção da contaminação e infeção cruzada (material de uso único).
- Providenciar todo o equipamento de proteção individual para os profissionais.
- Providenciar todos os recursos necessários ao processamento de materiais reutilizáveis.
- Assegurar formação específica a todos os profissionais, direta ou indiretamente implicados no procedimento cirúrgico.
- Programar a intervenção para o final do programa cirúrgico.

2.2. Preparação da Sala de Operações

- Retirar todo o mobiliário e equipamentos não necessários à intervenção para prevenir a contaminação desnecessária.
- Cobrir todo o mobiliário e equipamento reutilizáveis que não podem ser retirados com capas de proteção impermeáveis, de utilização única, de forma a prevenir a contaminação accidental através do contacto com matéria orgânica de risco por salpicos ou outros.
- Manter dentro da sala apenas o material de consumo que vai ser utilizado no procedimento cirúrgico.
- Estabelecer o número mínimo de profissionais necessários para permanecer na sala durante o procedimento cirúrgico.

2.3. Durante o Procedimento Cirúrgico

- Todos os profissionais que permanecem na sala de operações durante a intervenção cirúrgica devem usar roupa de circulação de uso único e outros equipamentos de proteção individual tais

Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Creutzfeldt Jakob	Versão	1	Pág. 3 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

como, avental impermeável, luvas e proteções oculares, sempre que os procedimentos o justifiquem. As luvas devem ser descartadas para recipiente de resíduos contaminados para incineração, imediatamente após a realização do procedimento para que foram calçadas.

- Todos os profissionais que pertencem à equipa estéril devem usar máscara com viseira ou outras proteções oculares, avental impermeável sobre a roupa de circulação, bata estéril impermeável de utilização única e luvas reforçadas.
- Todos os campos cirúrgicos estéreis devem ser impermeáveis, de utilização única e descartados para incineração no final do procedimento.
- Preferencialmente, todos os instrumentos cirúrgicos utilizados devem ser de utilização única e descartados para incineração no final da cirurgia, particularmente quando são manipulados tecidos de elevado risco em doentes com Encefalopatia Espongiforme diagnosticada ou suspeita.
- Durante a intervenção, apenas deve ser mantido na sala o material de consumo necessário ao procedimento.
- Todos os produtos para análise laboratorial devem ser colhidos e acondicionados respeitando as “precauções standard” e as medidas de controlo de infeção para manipulação de materiais de risco. **(Categoria IB)**.
- As amostras de tecidos e amostras devem ser rotulados como um "risco biológico" e como "suspeita de DCJ" antes de ser enviado para o laboratório **(Categoria IB)**.
- Até ao final do procedimento cirúrgico, as portas da sala de operações devem ser mantidas fechadas e deve ser impedido o tráfego desnecessário de profissionais.
- Todos os contentores de resíduos contaminados para incineração devem ser retirados da sala hermeticamente fechados.
- No final da cirurgia, a descontaminação de materiais e equipamentos reutilizáveis deve ser imediata e respeitando as medidas preconizadas. **(Categoria IB)**.

3. DESCONTAMINAÇÃO DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS E OUTROS MATERIAIS REUTILIZÁVEIS

- Todos os instrumentos e materiais que não sejam de fácil limpeza ou que sejam termo-sensíveis devem ser incinerados **(Categoria II)**.
- Os instrumentos a processar devem ser retirados da sala de operações, em contentores hermeticamente fechados.
- Os procedimentos de limpeza devem ocorrer imediatamente após a utilização dos instrumentos, não permitindo a secagem e fixação de matéria orgânica **(Categoria IA)**. Recomenda-se uma pré-lavagem em máquina de ultrassons, isoladamente, para libertar a matéria orgânica, seguida de uma

Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Creutzfeldt Jakob	Versão	1	Pág. 4 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

descontaminação mecânica, isoladamente usando detergente alcalino que tenha atividade (**Categoria IA**). No final, fazer um ciclo vazio, tanto na máquina de ultrassons, como na máquina de lavar. Após a descontaminação, os instrumentos devem ser submetidos a um processo de esterilização. A lista que se segue encontra-se por ordem de eficácia de acordo com o suporte de literatura científica (**Categoria IB**):

- Autoclave a 134°C no mínimo durante 18 minutos num esterilizador pré-vácuo.
- A Esterilização a baixa temperatura é ineficaz (ex. Oxido de etileno) (**Categoria IB**).
- Em circunstância alguma se deve recorrer à esterilização “flash” (**Categoria IB**).
- A utilização de tecnologias a baixa temperatura que mostram atividade prionocida, tal como um tipo específico de hidrogénio peróxido de gás plasma e de peróxido de hidrogénio vaporizado, são dados limitados, pelo que não há recomendação (**Questão Não resolvida**).
- Dispositivos médicos utilizados para biópsia do cérebro antes do diagnóstico que não foram processados de acordo com estas recomendações devem ser reprocessados (**Categoria II**).
- Os contentores de material contaminado devem sofrer um processo de descontaminação idêntico ao dos instrumentos pelo que, para estes procedimentos cirúrgicos, é recomendada a aquisição de caixas herméticas, de pequenas dimensões, que possam ser processadas mecanicamente e posteriormente esterilizadas a 134°C durante 18 minutos. Em alternativa, utilizar caixas herméticas de utilização única e incinerar após a utilização.
- Nenhuma recomendação pode ser feita em relação às indicações realizadas para o reprocessamento de dispositivos médicos críticos ou semicríticos que foram contaminados com tecidos de baixo risco em doentes de alto risco (**Questão não resolvida**).
- Utilizar o seguinte procedimento recomendado para reprocessar dispositivos médicos críticos ou semicríticos contaminados por tecidos sem risco, em doentes de alto risco:
 - Limpar, desinfetar ou esterilizar os dispositivos utilizando protocolos convencionais de calor ou esterilização química ou desinfeção de alto nível (**Categoria IB**).

4. NA DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES

- A descontaminação de equipamentos e superfícies deve ocorrer imediatamente após o procedimento cirúrgico.
- Os profissionais envolvidos devem usar todas as barreiras protetoras recomendadas para a higienização das salas de operações, de utilização única e, no final do procedimento, descartá-las para incineração.

Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Creutzfeldt Jakob	Versão	1	Pág. 5 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

- Todos os materiais utilizados na limpeza da sala de operações (panos, toalhetes, etc.), devem igualmente ser de utilização única e, no final, descartados para incineração (**Categoria II**).
- Todas as superfícies contaminadas com tecido de elevado risco, depois de limpas devem ser desinfetadas com Hipoclorito de sódio a 1:10 (10 000 ppm), de preferência para um contato de pelo menos 15 minutos (**Categoria IB**).
- Utilizar método de desinfecção padrão em superfícies contaminadas com tecidos de baixo risco (**Categoria IB**).
- Todos os equipamentos contaminados com tecido de elevado risco, depois de limpos devem ser desinfetados com Hipoclorito de sódio a 1:10 (10 000 ppm) ou 1 N NaOH, dependendo da compatibilidade das soluções com o equipamento a desinfetar (**Categoria IB**).

5. MÉTODOS DESACONSELHADOS (AESOP, 2010, P. 112)

1. No que concerne a **desinfetantes químicos**, são ineficazes:

- a) Detergentes;
- b) Álcool;
- c) Formalina;
- d) Glutaraldeído;
- e) Peróxido de hidrogénio;
- f) Iodóforos;
- g) Ácido peracético;
- h) Fenólicos.

2. Relativamente a **agentes gasosos**, são ineficazes:

- a) Óxido de etileno,
- b) Formaldeído;
- c) Plasma.

3. No que diz respeito a **métodos físicos** ineficazes:

- a) Fervura;
- b) Calor seco;
- c) Radiação;
- d) Vapor convencional.

Título do Documento	Prevenção da Transmissão Cruzada nos Doentes com Doença de Creutzfeldt Jakob	Versão	1	Pág. 6 de 7
---------------------	--	--------	---	-------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) – Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório – Lisboa, ISBN 972-9171-65-3 2ª edição (2010).

BELAY, Ermias; SCHONBERGER, Lawrence (Centers for Disease Control and Prevention) – The Public Health Impact of Prion Diseases. *Rev. Public Health* (2005). 26:191–212.

WHO – World Health Organization – Infection Control Guidelines for Transmissible Spongiform Encephalopathies – Report of WHO Consultation, Geneva, (1999), p. 1.

RUTALA, William A.; Weber, David – Guideline for Disinfection and Sterilization of Prion-Contaminated Medical Instruments – *Infection Control and Hospital Epidemiology* (2010), vol. 31, n. °2.

Apêndice 2 - Projeto de Intervenção na CCI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**PROJECTO DE INTERVENÇÃO
Comissão de Controlo de Infecção**

Por: Vera Lúcia Fonseca Andrade

Almada, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**PROJECTO DE INTERVENÇÃO
Comissão de Controlo de Infeção**

AUDITORIAS ÀS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DA ALGÁLIA

Estudante: Vera Lúcia Fonseca Andrade

Professor Tutor: Professora Filipa Veludo

Enfermeira Orientadora: Enf^a Paula Paramés

Almada, Maio de 2012

2

ÍNDICE

	Pg.
1. INTRODUÇÃO	3
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	4
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
4. OBJECTIVOS	6
5. METODOLOGIA	7
6. CRONOGRAMA	11
7. BIBLIOGRAFIA	12
ANEXOS	13
Anexo 1 – Grelhas de auditoria à prática da Algaliação	14
Anexo 2 – Inquérito aos Enfermeiros sobre as recomendações na prevenção da Infecção do trato Urinário (ITU) em doentes submetidos a algaliação	17

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Opção do curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2011/2012 da Universidade Católica Portuguesa, a realizar numa Comissão de Controlo de Infecção, será realizado um diagnóstico de situação que posteriormente constituirá parte do projecto de estágio.

No desenvolvimento da actividade de Enfermagem e no contexto do curso supracitado, o estágio requer algum conhecimento dos serviços onde decorre, o esboço dos objectivos orientadores no que diz respeito à prestação de cuidados assim como o planeamento das intervenções para a sua prossecução. Com recurso à observação, conversa informal para com a Enfermeira Orientadora da Comissão de Controlo de Infecção, mobilização de conhecimentos teóricos, consulta de documentos do Serviço foi possível identificar situações problemáticas e direccionar a pesquisa para esse efeito e assim construir este documento. O roteiro começou por identificar uma área dos cuidados de enfermagem na qual pretendemos focalizar e a partir da qual orientar as pesquisas, o estudo, a prática clínica e as reflexões individuais, numa dinâmica enquadrada em objectivos curriculares, nos nossos objectivos pessoais de aprendizagem e nos objectivos institucionais de melhoria contínua dos cuidados no âmbito da excelência da prática.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) apesar de não serem um tema novo assumem um papel importante na prática clínica e em ganhos em saúde, no que diz respeito à sua prevenção. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS e perante estudos internacionais, cerca de um terço das infeções adquiridas na prestação de cuidados são evitáveis (PNCI, 2007). Tendo em conta o aumento da média de idades em Portugal e as situações de internamento associadas, torna-se fundamental controlar as IACS que não sendo muitas vezes a causa de internamento, podem prolongar o tempo do mesmo e afetar gravemente a situação de doença da pessoa, consequentemente a sua reabilitação e a dinâmica familiar.

Na consulta dos dados mais actuais da Comissão de Controlo de Infeção, constatámos que no Inquérito de Prevalência de Infeções (IPI) de 2010, a Infecção do Trato Urinário (ITU) era a segunda causa, constituindo 26% das infeções nosocomiais por localização, e no que diz respeito a infeções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a segunda causa (IPI, 2010). Assim de forma a enriquecer o percurso académico e profissional, mas também tendo implicação na prática dos Cuidados de Enfermagem, a situação problema surge perante os dados já citados quanto à ITU, por outro lado à vigilância epidemiológica que é fundamental nas instituições de saúde e uma vez que a norma de procedimento geral de “Recomendação para a Prevenção da ITU em Doentes com Algaliação de curta e média duração” constituinte do Manual de Boas Práticas da CCI foi revista recentemente, pretendemos realizar uma auditoria às práticas de manutenção da algália. Nesta perspectiva objetivamos a sensibilização dos profissionais para a realização de boas práticas e a sua importância na prevenção da ITU. Os Serviços selecionados foram o de Medicina e Cirurgia Geral para se obter um número significativo na realização da técnica de algaliação dentro do tempo planeado.

2.1 – RELEVÂNCIA

Nos serviços os Enfermeiros são os profissionais que mais manipulam a técnica de algaliação, desde a sua inserção (salvo situações clínicas específicas), manutenção e

remoção. Assim consideramos a população alvo adequada, para actuar preventivamente e não só no tratamento das infeções quando as mesmas já estão instaladas.

3 -ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são vistas pela Organização Mundial de Saúde (2006) como um obstáculo ao tratamento adequado dos doentes, sendo considerada como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, assim como a alocação de recursos extra para a instituição de saúde e principalmente para a reabilitação do doente. Numa perspectiva de trabalhar para uma prestação de cuidados mais segura, foram criados programas com parcerias entre a Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde (DGS), com o objetivo de reunir esforços para a diminuição da incidência de IACS, cultivando a segurança do doente.

A DGS (2007) define Infeção Associada a Cuidados de Saúde como *“uma infeção 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”*, refere que infeção nosocomial é um termo menos abrangente que IACS, uma vez que não inclui a área ambulatoria. Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI, 2004), a infeção do trato urinário associada a algaliação é a infeção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infeções nosocomiais. A Algaliação é uma das técnicas invasivas a que habitualmente os doentes são submetidos quando estão internados, sendo que é na sua manipulação que a ITU é frequente. É de salientar que 10% dos doentes são algaliados durante o internamento, que entre 10 a 20 % dos doentes algaliados têm bacteriúria e 2-6% desenvolvem sintomas de infeção do trato urinário (PNCI, 2004). Os Centers for Disease Control and Prevention (2009) vem dar ênfase a medidas de prevenção das ITU nos doentes algaliados, referindo que as ITU são o tipo mais comum de IACS, sendo a causa principal de 30 % das infeções reportadas e as infeções associadas a cateter urinário estão relacionadas com o aumento da morbilidade e mortalidade, assim como o tempo de permanência nas instituições hospitalares.

4 – OBJECTIVOS

4.1 - Objectivo Geral: Iniciar o diagnóstico sobre a adesão dos Profissionais às boas práticas na Algaliação e registos de Enfermagem, como forma de contribuir para a prevenção da ITU.

4.2 - Objectivos Específicos:

- Elaborar os instrumentos de colheita de dados de acordo com as orientações do PNCI e contributos da investigação.
- Testar os instrumentos em dois Serviços seleccionados pela CCI para o efeito.
- Avaliar os resultados do pre-teste, propondo as correcções que se verificarem pertinentes.
- Apresentar em reunião do Serviço os resultados e propostas de continuidade do trabalho.

5 - METODOLOGIA

A metodologia a utilizar irá ser:

- Inquérito aos profissionais (Enfermeiros) para avaliação dos conhecimentos acerca das recomendações de prevenção da Infecção relacionada com a Algaliação.
- Aplicação da grelha de observação das práticas relacionadas com algaliação e registos de Enfermagem, nos Serviços de Cirurgia I e II;
- Aplicação da grelha de observação das práticas relacionadas com algaliação e registos de Enfermagem, nos Serviços de Medicina I e II;

5.1 – AMOSTRA

- Os inquéritos aos profissionais dos Serviços de Cirurgia I e Cirurgia II sobre as recomendações de prevenção da infeção do trato urinário, nos doentes submetidos a algaliação, presentes no turno da manhã, durante um período de 6 dias.
- Os inquéritos aos profissionais dos Serviços de Medicina I e Medicina II sobre as recomendações de prevenção da infeção do trato urinário, nos doentes submetidos a algaliação presentes no turno da manhã, durante um período de 6 dias.
- Observação da prestação dos cuidados durante a algaliação e registos de Enfermagem, aos doentes submetidos a algaliação.

5.2 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

- Realizado um inquérito para os Profissionais (Enfermeiros) com o intuito de avaliar conhecimentos acerca das recomendações na prevenção da infeção do trato urinário, relacionada com os cateteres vesicais.
- Realizada uma grelha de observação em relação às práticas relacionadas com a algaliação, dos doentes submetidos a algaliação.

- A grelha de observação é constituída por dois tipos de observação, observação direta das práticas e por consulta do processo do doente.
- Na grelha de auditoria às práticas de algália, os itens para observação das práticas são: 1, 2 e 3 nos critérios de algália e 1 e 2 nos critérios de remoção da algália; os itens para a pesquisa no processo do doente são: 4 nos critérios de algália e 3 nos critérios de remoção da algália.

5.3 - EXECUÇÃO DAS AUDITORIAS

As auditorias serão realizadas de acordo com o calendário a definir para as diferentes fases previstas.

1ª Fase engloba as seguintes actividades:

- Organização da auditoria até 11 de Maio de 2012 – definição da metodologia, determinação da amostra, pré-teste da grelha, previsão da análise e tratamento de dados e calendarização da actividade, reunião com os Enfermeiros-Chefes e Membros Dinamizadores (MD) dos serviços para informação aos Serviços do projeto.
- Realização da auditoria teste ao Serviço de Cirurgia I e Cirurgia II irá ser realizada até 25 de Maio de 2012.
- Realização da auditoria teste ao Serviço de Medicina I e Medicina II irá ser realizada até 8 Junho de 2012.
- Estes serviços foram seleccionados por conveniência de forma a permitir a obtenção de resultados significativos.
- Os serviços serão informados com 1 semana de antecedência.
- Os resultados são da inteira responsabilidade dos auditores.
- Será realizada análise e tratamento global dos dados para a elaboração de um relatório que será entregue a cada Serviço.
- Será realizada uma sessão para a divulgação dos resultados obtidos da auditoria.
- Cada serviço auditado receberá o seu relatório de actividades.

5.4 - ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS


- Tratamento informático utilizando EXCEL, com análise descritiva/quantitativa dos dados.
- Apresentação de resultados em gráficos.
- Interpretação dos resultados, através de indicadores de avaliação para índice de qualidade.

5.4.1 – Indicador para análise da Grelha de avaliação

- Resposta SIM tem o score = 1
- Resposta NÃO tem o score = 0
- Registrar as respostas NÃO APLICÁVEIS (N/A)


5.4.2 – Avaliação do Score por cada por cada observação

- Subtrair o número de resposta N/A ao total de questões para obter o número de respostas aplicáveis.
- Somar todos os scores das respostas SIM.
- Dividir o score total de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplicar por 100 para obter o valor em percentagem.


$$(n.º \text{ respostas SIM} / n.º \text{ respostas aplicáveis}) \times 100$$

5.4.3 – Avaliação do Score médio de todas as observações

- Dividir o somatório dos scores de todas as observações pelo total de observações e multiplicar por 100.


$$(\sum_{j=1} \text{score} / \text{total de observações}) \times 100$$

5.4.4 – Qualificação dos resultados de acordo com o índice de qualidade:

- Score Médio \geq a 75 % = MUITO BOM
- Score Médio \geq a 50 % = BOM

- Score Médio < a 50 % = INSUFICIENTE

5.4.5 – Aplicação das Grelhas de Avaliação – procedimento

- Preenchimento realizado pelo Enfermeiro Auditor durante e após observação direta da manipulação da algália.
- Grupo profissional é constituído por Enfermeiros.
- Registo de observações pertinentes à auditoria.

6 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Em Junho de 2012 será elaborado um relatório desta fase teste de Auditoria, e apresentada uma sessão formativa nos serviços auditados. O relatório da atividade será enviado aos respetivos serviços.

7 - GUIA ORIENTADOR PARA APLICAÇÃO DAS GRELHAS DE OBSERVAÇÃO E DO INQUÉRITO

1. A Grelha de auditoria sobre as recomendações para a prevenção da ITU associada a algaliação: os itens para observação das práticas são: 1, 2 e 3 nos critérios de algaliação e 1 e 2 nos critérios de remoção da algália; e os itens para a pesquisa no processo do doente são: 4 nos critérios de algaliação e 3 nos critérios de remoção da algália, ambos serão preenchidos pelo Enfermeiro Auditor.
2. Os inquéritos serão preenchidos por aplicação direta a cada profissional.
3. No item *Observações* serão registados dados pertinentes relacionados com a observação realizada.

A EQUIPA É CONSTITUÍDA POR:

Enfermeira Paula Paramés

Enfermeira Vera Andrade

7 – BIBLIOGRAFIA

- **PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada a Cuidados de Saúde.** (2007) Direção Geral de Saúde.
- **IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção –** (2010).
http://pnci-ve.dgs.pt/Relatorio/Relatorio_26.aspx
- Comissão de Controlo de Infecção (2011). Norma de Procedimento Geral – **Recomendação para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Doentes com Algaliação de Curta e Média Duração.**
- **OMS – Organização Mundial de Saúde.** (2006).
<Http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>
- **PNCI – Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário.** (2004). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- **HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee – Guidelines for prevention of catheter – Associated Urinary Tract Infections** (2009).

ANEXOS

**Anexo 1 – Grelhas de auditoria à prática da
técnica de algaliação**

**Norma de Procedimento Geral: Recomendação para a Prevenção da
Infeção do trato urinário em doentes submetidos a Algaliação
AUDITORIA ÀS PRÁTICAS**

Auditoria N.º _____ DATA __ / __ / 2012 Serviço _____

	Critérios	Sim	Não	Não Aplicável
	ALGALIAÇÃO			
1	Princípios de Assepsia antes da técnica			
1.1	É efetuada a higiene das mãos.			
1.2	Calça luvas limpas.			
1.3	É efetuada a lavagem da região genital com água e sabão antes da técnica de algaliação.			
1.4	É efetuada a limpeza do meato urinário com ampola de água esterilizada ou soro fisiológico, antes da inserção da algália.			
1.5	São realizadas lavagem e desinfeção asséptica das mãos.			
1.6	Utiliza luvas esterilizadas e utiliza um campo estéril.			
1.7	As luvas são colocadas segundo os princípios de assepsia.			
1.8	Utiliza gel anestésico estéril de uso único.			
2	Princípios de Assepsia durante a técnica de Algaliação			
2.1	A algália é inserida no meato urinário com técnica asséptica.			
3	Princípios de prevenção de infeção no manuseamento do sistema de drenagem.			
3.1	É efectuada a higiene das mãos e usa um novo par de luvas limpas.			
3.2	O saco de drenagem é mantido sempre abaixo do nível da bexiga, e estar em suporte próprio e que previna o contacto com o chão.			
3.3	A higiene do meato é efetuada diariamente e em SOS com soro fisiológico.			
4	REGISTOS			
4.1	É registado a data de execução da técnica.			
4.2	É registado o tipo de algália.			
4.3	É registado o calibre da algália.			
4.4	É planeado a troca do cateter urinário.			
4.5	Vigiar eliminação urinária			
4.6	Monitorizar eliminação urinária.			

OBSERVAÇÕES:

**Norma de Procedimento Geral: Recomendação para a Prevenção da
Infecção do trato urinário em doentes submetidos a Algáliação
AUDITORIA ÀS PRÁTICAS**

Auditoria N.º _____ DATA __ / __ / 2012 Serviço _____

	Critérios	Sim	Não	Não Aplicável
	REMOÇÃO DA ALGÁLIA			
1	Princípios gerais de prevenção de infeção na remoção da algália.			
1.1	Realiza a higiene das mãos.			
1.2	Calça luvas limpas.			
1.3	E feita limpeza da região peri-uretral com soro fisiológico.			
2	Remoção da algália			
2.1	Despeja o balão na totalidade, aspirando com seringa estéril.			
2.2	Retira a algália suavemente.			
2.3	Procede a limpeza da região peri-uretral após remoção da algália.			
3	Registos			
3.1	Remover cateter urinário.			
3.2	Vigiar eliminação urinária.			
3.3	Monitorizar eliminação urinária.			

OBSERVAÇÕES:

**Anexo 2 – Inquérito aos Enfermeiros sobre as
recomendações na prevenção da ITU em
doentes submetidos a Algaliação**

Inquérito aos Enfermeiros sobre as recomendações baseadas na evidência, na prevenção da ITU em doentes submetidos a Algáliação

DATA __ / __ / 2012 SERVIÇO _____

Recomendações	
1	Está recomendado o uso de algália:
1.1	Como rotina pré-operatória.
1.2	Sempre que o doente refira queixas urinárias.
1.3	Para indicações apropriadas.
1.4	Não sei.
2	Está recomendada a avaliação diária da necessidade de algáliação, no doente algaliado:
2.1	Sim, diariamente.
2.2	Sim, semanalmente.
2.3	Não.
2.4	Não sei.
3	Está recomendado o uso de algália em doentes no perioperatório:
3.1	Sempre.
3.2	Apenas no pós-operatório.
3.3	Somente quando necessário.
3.4	Não sei.
4	Nos doentes com indicação de algáliação no perioperatório, é recomendado:
4.1	Remover a algália dois dias de pós-operatório.
4.2	Remover a algália o mais cedo possível no pós-operatório.
4.3	Remover a algália dentro de 72 horas de pós-operatório, salvo indicações apropriadas.
4.4	Não sei.
5	Segundo a recomendação um exemplo de indicação apropriada para Algáliação é:
5.1	Facilitar a cicatrização na cirurgia urológica ou outras cirurgias de estruturas adjacentes.
5.2	Colheita de urina asséptica.
5.3	Nenhuma das anteriores.
5.4	Não sei.
6	Está recomendado a cateterização intermitente nos doentes com disfunção no esvaziamento da bexiga.
6.1	Sim.
6.2	Não, a Algáliação é mais cómoda para o doente.
6.3	Não.
6.4	Não sei.
7	Está recomendado a mudança do saco de drenagem:
7.1	Todos os turnos.
7.2	Todos os dias.
7.3	Apenas com indicações específicas.
7.4	Não sei.
8	Está recomendado a desinfeção higiénica das mãos sempre que se manipule a algália ou o sistema de drenagem:
8.1	Sim, com água e sabão.
8.2	Sim, preferencialmente com o SABA.
8.3	Não, não é necessário.
8.4	Não sei.

**Inquérito aos Enfermeiros sobre as recomendações baseadas na
evidência, na prevenção da ITU em doentes submetidos a Algaliação**

DATA __ / __ / 2012 SERVIÇO _____

9	Está recomendada a irrigação vesical na prevenção da ITU*:	
9.1	Sim.	
9.2	Sim, uma vez por semana para verificar se o funcionamento do sistema de drenagem.	
9.3	Não.	
9.4	Não sei.	
10	Está recomendado, o uso de qualquer calibre da algália.	
10.1	Sim, desde que apresente uma drenagem eficaz.	
10.2	Sim.	
10.3	Não, 12-14 Ch para a mulher e 14-16 Ch para o homem.	
10.4	Não sei.	
11	Está recomendado o circuito de drenagem fechado:	
11.1	Sim.	
11.2	Sim, sempre	
11.3	Não, salvo indicação específica.	
11.4	Não sei.	

Observações:

*Infecção do Trato Urinário.

**Apêndice 3 - Plano de Sessão das formações realizadas no âmbito do estágio da
CCI**

PLANO DA SESSÃO

INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PESSOAS SUBMETIDAS A ALGALIAÇÃO

Objetivos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar a conhecer os resultados das Auditorias-teste. 2. Discutir os resultados. 3. Apresentar recomendações de melhoria e propostas de medidas corretivas e exequíveis para os serviços. 4. Sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática.
Conteúdos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados das auditorias-teste. 2. Norma de Procedimento Geral sobre a Prevenção da Infeção do trato urinário em doentes algaliados.
Destinatários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermeiros dos Serviços de Cirurgia Geral I e II.
Duração:	1 sessão 20 minutos.
Metodologia:	Exposição e Discussão.
Materiais:	Resumo do relatório de atividades e Norma de Procedimento geral.
Data e Local:	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Cirurgia Geral I e II – 20 de Junho de 2012 às 15 horas e 15 minutos. • Local a combinar com Enfermeira – chefe.

Formadores:

Enfermeira Vera Andrade (Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Universidade Católica Portuguesa)

Enfermeira Paula Paramés (Comissão de Controlo de Infeção)

PLANO DA SESSÃO

INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PESSOAS SUBMETIDAS A ALGALIAÇÃO

Objetivos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar a conhecer os resultados das Auditorias-teste. 2. Discutir os resultados. 3. Apresentar recomendações de melhoria e propostas de medidas corretivas e exequíveis para os serviços. 4. Sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática.
Conteúdos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados das auditorias-teste. 2. Norma de Procedimento Geral sobre a Prevenção da Infeção do trato urinário em doentes algaliados.
Destinatários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermeiros dos Serviços de Medicina I e II.
Duração:	1 Sessão 20 minutos.
Metodologia:	Exposição e Discussão.
Materiais:	Resumo do relatório de atividades e Norma de Procedimento geral.
Data e Local:	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Medicina I e II – 19 de Junho de 2012 • Local a combinar com Enfermeiro – chefe.

Formadores:

Enfermeira Vera Andrade (Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Universidade Católica Portuguesa)

Enfermeira Paula Paramés (Comissão de Controlo de Infeção)

Apêndice 4 - Resultados das Auditorias realizadas no âmbito do estágio da CCI

AUDITORIAS ÀS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DA ALGÁLIA

RESULTADOS OBTIDOS

PROBLEMÁTICA: Na consulta dos dados mais atuais da Comissão de Controlo de Infecção, constatámos que no Inquérito de Prevalência de Infecções (IPI) de 2010 a Infecção do Trato Urinário (ITU) era a segunda causa, constituindo 26% das infeções nosocomiais por localização, e no que diz respeito a infeções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a segunda causa (IPI, 2010). Assim a situação problema surge perante os dados já citados quanto à ITU, por outro lado à vigilância epidemiológica que é fundamental nas instituições de saúde e uma vez que a norma de procedimento geral de “Recomendação para a Prevenção da ITU em Doentes com Algaliação de curta e média duração” constituinte do Manual de Boas Práticas da CCI foi revista recentemente, pretendemos realizar uma auditoria às práticas de manutenção da algália.

OBJETIVO: Iniciar o diagnóstico sobre a adesão dos Profissionais às boas práticas na Algaliação e registos de Enfermagem, como forma de contribuir para a prevenção da ITU.

METODOLOGIA: Os instrumentos de colheita de dados foram construídos com base nas recomendações da CDC de 2009 para a prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação. Inquérito aos profissionais (Enfermeiros) para avaliação dos conhecimentos acerca das recomendações de prevenção da Infecção relacionada com a Algaliação; Aplicação da grelha de observação das práticas relacionadas com algaliação e registos de Enfermagem, nos Serviços de Cirurgia I e II; Aplicação da grelha de observação das práticas relacionadas com algaliação e registos de Enfermagem, nos Serviços de Medicina I e II;

RESULTADOS OBTIDOS:

UNIDADE MÉDICA DIFERENCIADA (SERVIÇO DE MEDICINA I) E SERVIÇO DE MEDICINA II

- Oportunidade de Observação da Técnica
- Índice de Qualidade (%)

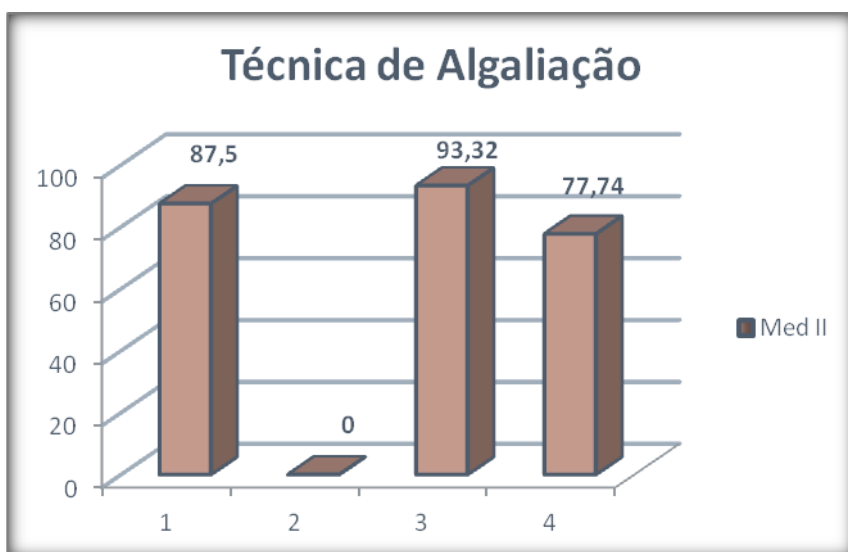


Gráfico 1: Índice de Qualidade na observação da técnica de Algaliação (1,2,3,4) no Serviço de Medicina II.

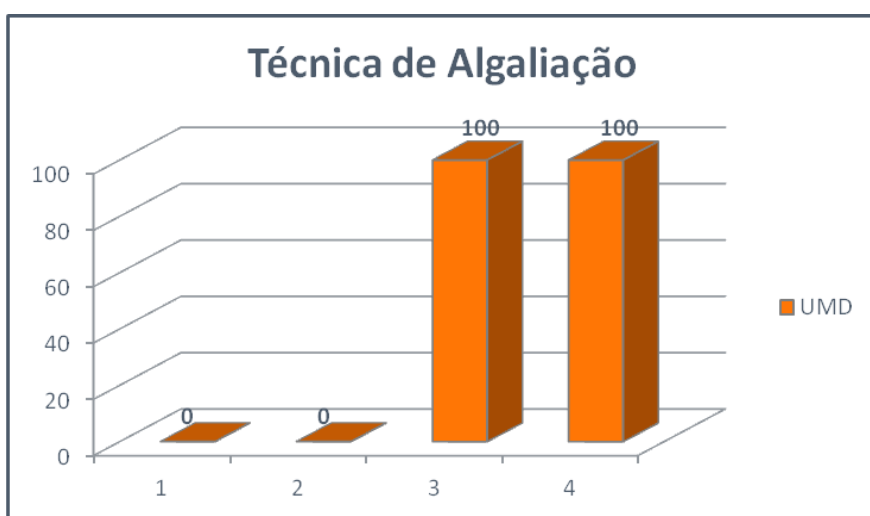


Gráfico 2: Índice de Qualidade na observação da técnica algaliação (1,2,3,4) na UMD.

Quadro 1: Parâmetros avaliados na observação da técnica de Algaliação.

1	Princípios da assepsia antes da técnica
2	Princípios da assepsia durante da técnica
3	Princípios de prevenção de infeção no manuseamento
4	Registos

ANÁLISE: No que refere à técnica de algaliação, no serviço de Medicina II obteve índice de qualidade superior a 50%, na realização dos parâmetros 1,3 e 4. Em relação ao parâmetro o índice de qualidade foi zero pela ausência de assepsia durante a técnica (é de referir que neste serviço este parâmetro apenas teve uma oportunidade de observação). Na UMD não foi possível observar os parâmetros 1 e 2 na técnica de algaliação, sendo zero e neste caso sinónimo de ausência de oportunidade de observação. Nos restantes parâmetros obteve índice de qualidade de 100%.

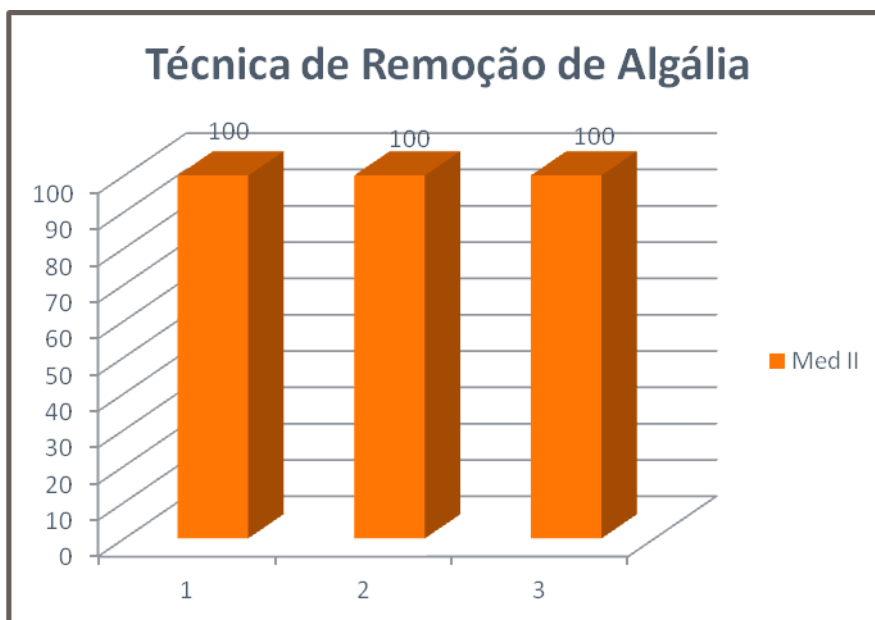


Gráfico 3: Índice de Qualidade na observação da técnica remoção da algália (1,2,3) no Serviço de Medicina II.

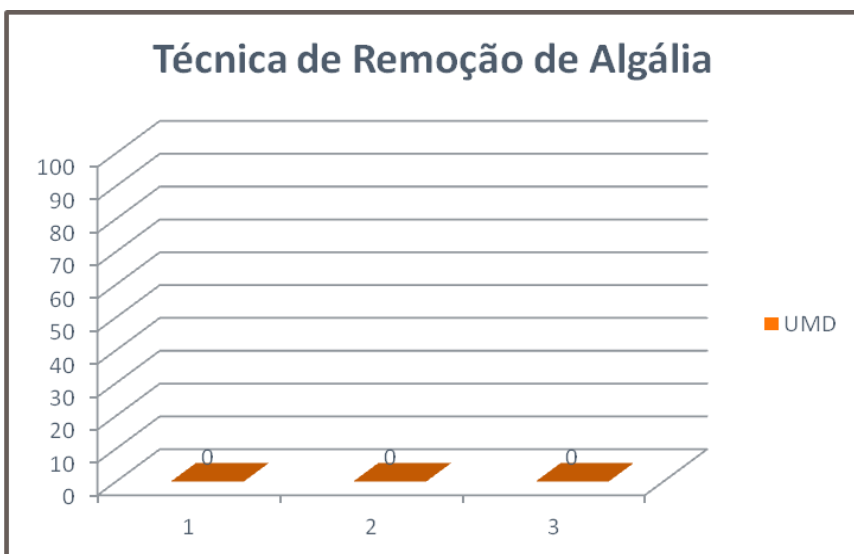


Gráfico 4: Índice de Qualidade na observação da técnica remoção da algália (1,2,3) na UMD.

Quadro 2: Parâmetros avaliados na observação da técnica de remoção da algália.

1	Princípios gerais de prevenção de infecção na remoção da algália
2	Remoção da algália
3	Registos

ANÁLISE: No serviço de Medicina II em relação à técnica de remoção da algália, nas oportunidades de observação o índice de qualidade foi 100%. Em contra partida na UMD o índice de qualidade foi zero pela ausência de oportunidades desta técnica.

Quadro 3: Índice de Qualidade na execução das técnicas.

	Serviço Medicina II	UMD
Técnica de algaliação	65 %	100 % *
Remoção da Algália	100 %	0 *

- Score Médio \geq a 75 % = MUITO BOM
- Score Médio \geq a 50 % = BOM
- Score Médio < a 50 % = INSUFICIENTE

- Inquérito a 25 % dos Enfermeiros (da 1^a à 11^a pergunta)
- Índice de Qualidade (%)

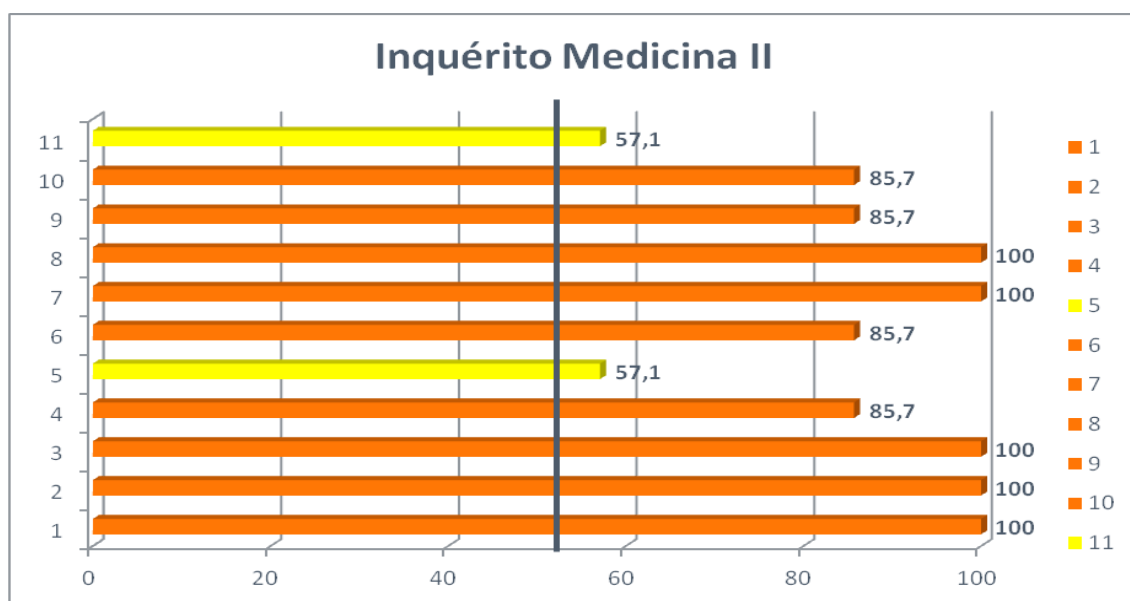


Gráfico 5: Índice de Qualidade das respostas ao inquérito realizado aos Enfermeiros no Serviço de Medicina II.

Índice de Qualidade Global: 87% - Muito Bom

- Inquérito a 25 % dos Enfermeiros (da 1ª à 11ª pergunta)
- Índice de Qualidade (%)

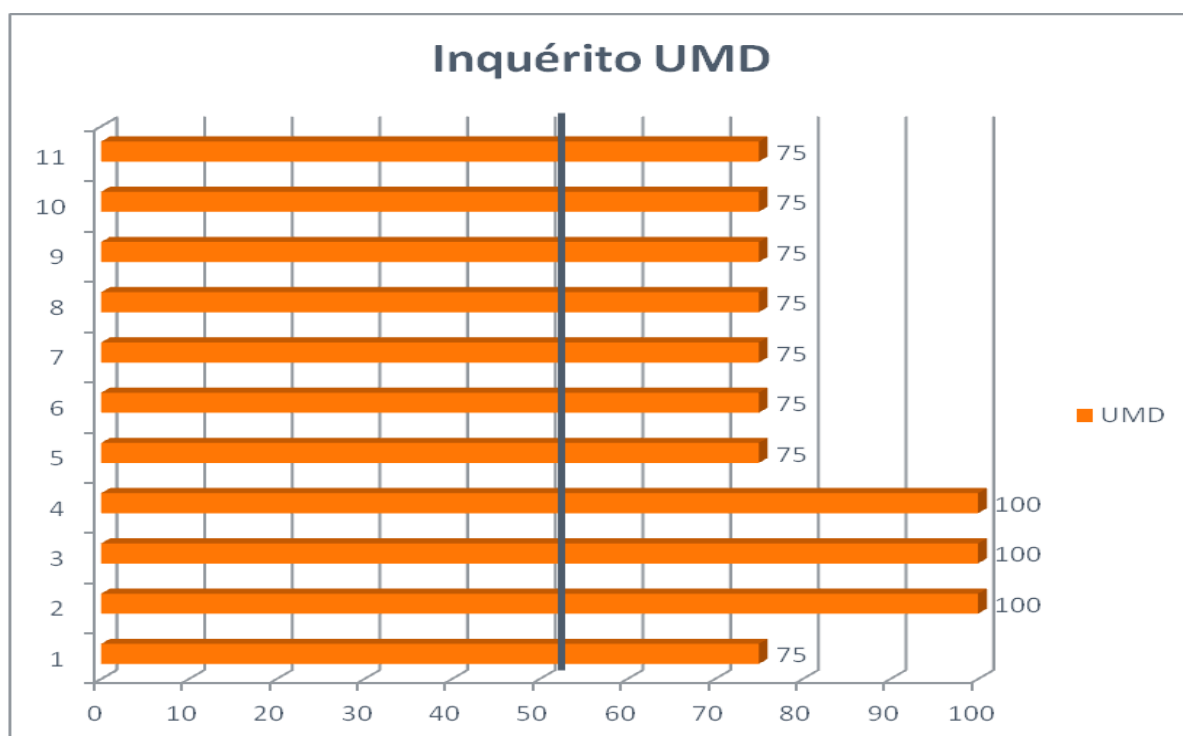


Gráfico 6: Índice de Qualidade das respostas ao inquérito realizado aos Enfermeiros na UMD.

Índice de Qualidade Global: 82% - Muito Bom

ANÁLISE: Em relação aos inquéritos realizados aos Enfermeiros quanto às recomendações emanadas pela CDC, quanto ao fenómeno em estudo, o índice de qualidade geral foi *Muito Bom*. No Serviço de Medicina II, os enfermeiros tiveram índice de qualidade próximo de 50% em duas questões (5 e 11), sendo estas debatidas construtivamente na divulgação dos resultados.

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL I E SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL II

- Oportunidade de Observação da Técnica
- Índice de Qualidade (%)

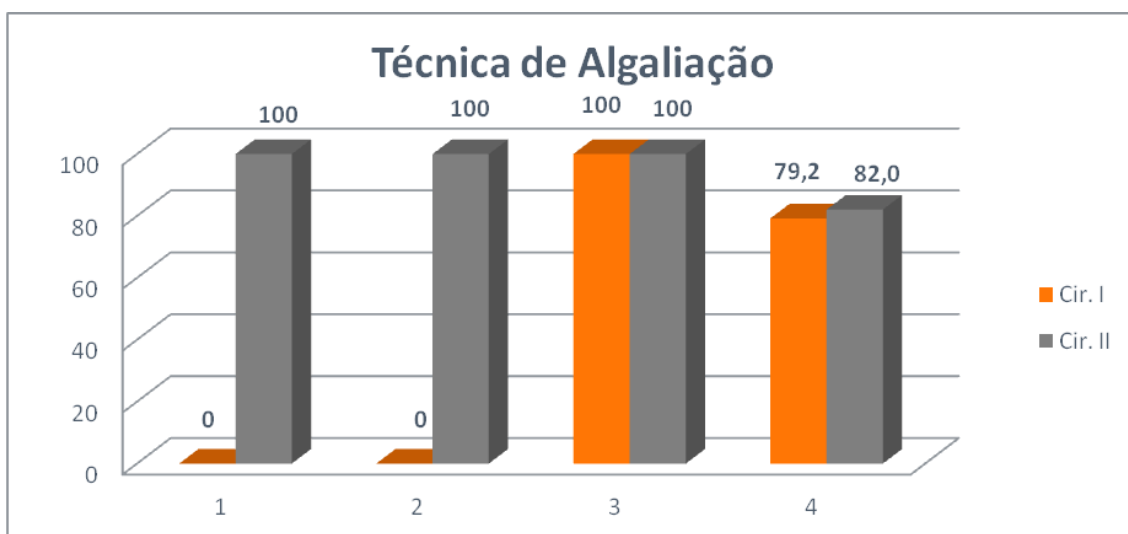


Gráfico 7: Índice de Qualidade na observação da técnica de algaliação (1,2,3,4) nos Serviços de Cirurgia Geral.

Quadro 4: Parâmetros avaliados na observação da técnica de algaliação.

1	Princípios da assepsia antes da técnica
2	Princípios da assepsia durante da técnica
3	Princípios de prevenção de infecção no manuseamento
4	Registos

ANÁLISE: No Serviço de Cirurgia Geral I o índice de qualidade foi *Muito Bom*, no entanto os parâmetros 1 e 2 não foram observados por falta de oportunidade, pelo que o índice de qualidade é zero. No Serviço de Cirurgia Geral II o índice global de qualidade foi *Muito Bom*.

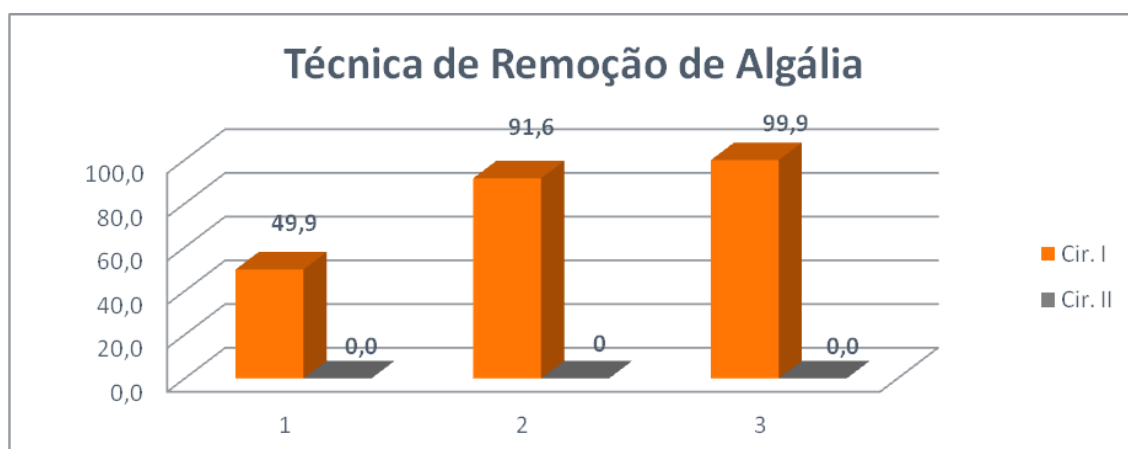


Gráfico 8: Índice de Qualidade na observação da técnica de remoção da algália (1,2,3) nos Serviços de Cirurgia Geral.

Quadro 5: Parâmetros avaliados na observação da técnica de remoção da algália.

1	Princípios gerais de prevenção de infecção na remoção da algália
2	Remoção da algália
3	Registos

ANÁLISE: No Serviço de Cirurgia Geral I o índice global de qualidade foi Muito Bom, sendo que no parâmetro 1 o índice de qualidade foi insuficiente. No Serviço de Cirurgia Geral II o índice de qualidade global foi zero pela ausência de oportunidades de observação desta técnica.

Quadro 6: Índice de Qualidade na execução das técnicas.

	Serviço Cirurgia Geral I	Cirurgia Geral II
Técnica de algaliação	89,6 %	95,5 %
Remoção da Algália	80,5 %	0 *

- Score Médio \geq a 75 % = MUITO BOM
- Score Médio \geq a 50 % = BOM
- Score Médio $<$ a 50 % = INSUFICIENTE

- Inquérito a 25 % dos Enfermeiros (da 1^a à 11^a pergunta)
- Índice de Qualidade (%)

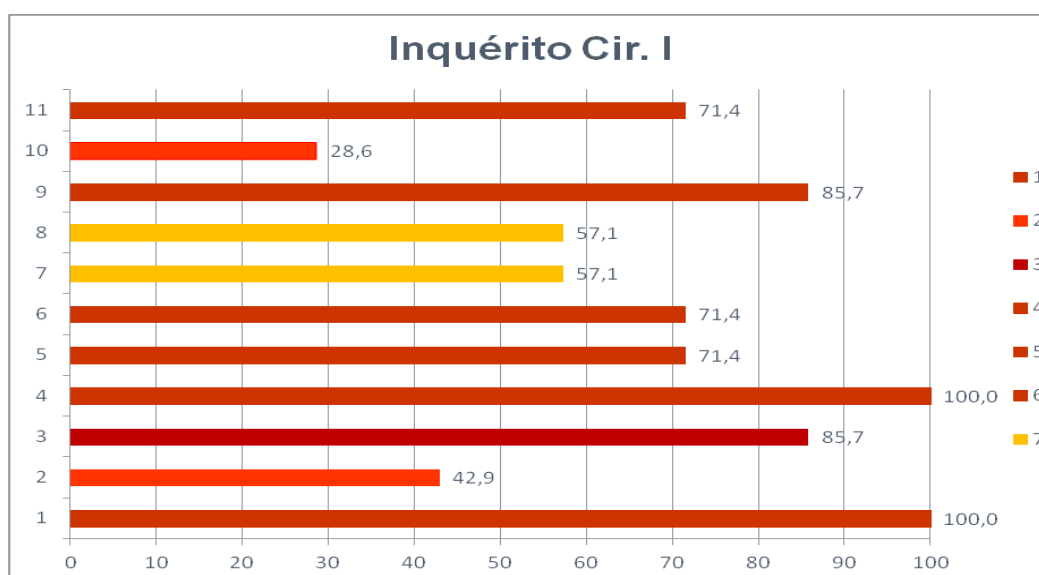


Gráfico 9: Índice de Qualidade das respostas ao inquérito realizado aos Enfermeiros no Serviço de Cirurgia Geral I.

Índice de Qualidade Global: 70% - Bom

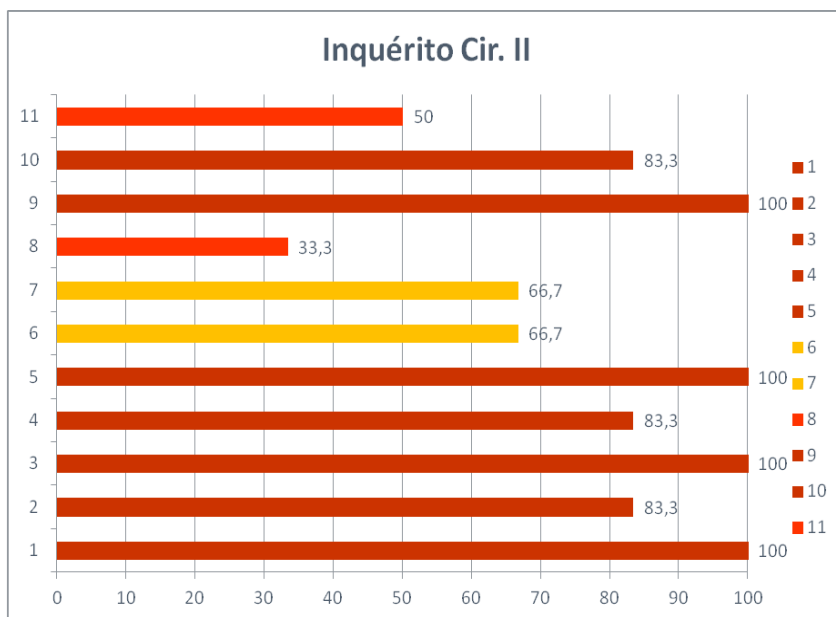



Gráfico 10: Índice de Qualidade das respostas ao inquérito realizado aos Enfermeiros no Serviço de Cirurgia Geral II.

Índice de Qualidade Global: 79% - Muito Bom

ANÁLISE: Apesar de índice de qualidade global *Bom* no Serviço de Cirurgia Geral I Muito Bom no Serviço de Cirurgia Geral II, constatou-se algum défice de conhecimentos em determinadas questões. Na sessão de divulgação de resultados foi promovida a reflexão crítica, esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos. Em relação às auditorias aos procedimentos de uma forma geral apresentaram um índice de qualidade bom, sendo que foram exploradas possíveis quebras na técnica asséptica após a realização dos procedimentos. De uma forma global os Enfermeiros têm conhecimento acerca das recomendações baseadas na evidência acerca da prevenção da infeção associada a algaliação. Pontualmente algumas questões se situaram abaixo dos 50%, mas as dúvidas foram esclarecidas nas sessões de divulgação de resultados.

**Apêndice 5 – Apresentação da sessão de formação para a divulgação dos
resultados das auditorias**


V Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PESSOAS DOENTES ALGALIADAS

Resultados da Fase de Teste à Auditoria Realizada no Serviço de Cirurgia Geral I e II

Estudante: Vera Andrade
 Enfermeira Orientadora: Enf. Paula Paramés
 Tutor de Estágio: Professora Filipa Veludo

Comissão de Controlo de Infecção
 Junho de 2012

PLANO DA SESSÃO

Objetivos:

- ✓ Dar a conhecer os resultados das Auditorias-teste.
- ✓ Discutir os resultados.
- ✓ Apresentar recomendações de melhoria e propostas de medidas corretivas e exequíveis para os serviços.
- ✓ Sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática.

Conteúdos:

- ✓ Resultados das auditorias-teste.
- ✓ Norma de Procedimento Geral sobre a Prevenção da Infecção do trato urinário em doentes algaliados.

Duração: 20 MINUTOS

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Inquérito de Prevalência de Infecções (IPI) de 2010

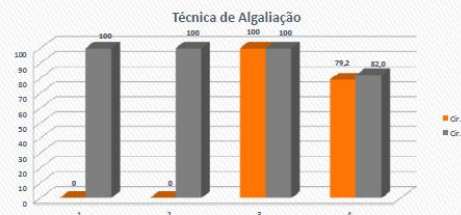
1. Infecção do Trato Urinário (ITU) 2ª causa, constituindo 26% das infeções nosocomiais por localização.
2. Infeções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a 2ª causa.
3. Importância dos Enfermeiros



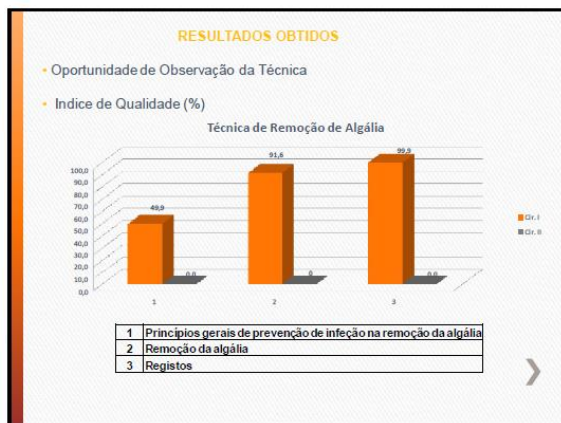
RESULTADOS OBTIDOS

- Oportunidade de Observação da Técnica
- Índice de Qualidade (%)

Técnica de Algaliação



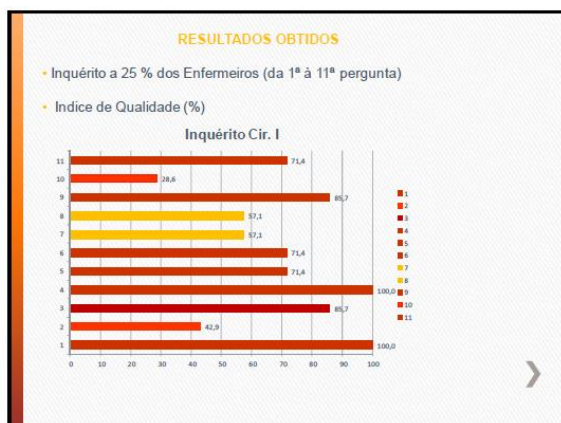
Critério	Cr. I (%)	Cr. II (%)
1 Princípios da assépsia antes da técnica	0	100
2 Princípios da assépsia durante a técnica	0	100
3 Princípios de prevenção de infeção no manuseamento	100	100
4 Registos	79,2	82,0



ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

	Serviço Cirurgia Geral I	Cirurgia Geral II
Técnica de algaliação	89,6 %	95,5 %
Remoção da Algália	80,5 %	0 *

- Score Médio \geq a 75 % = MUITO BOM
- Score Médio \geq a 50 % = BOM
- Score Médio < a 50 % = INSUFICIENTE

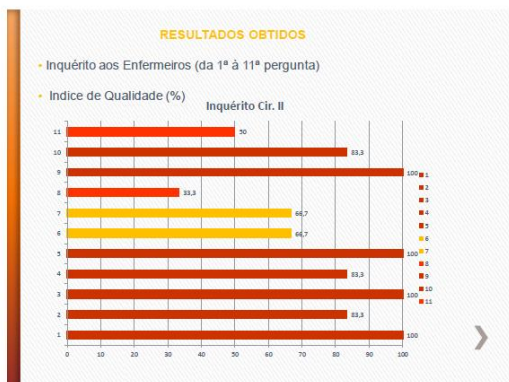


ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

70 % - Bom

Aspetos a melhorar:

- Questão 2 - Está recomendada a avaliação diária da necessidade de algaliação.
- Questão 7 - Quando está recomendado a mudança do saco de drenagem.
- Questão 8 - Quando está recomendado a desinfeção higiénica das mãos.
- Questão 10 - Recomendações do calibre da algália.



ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

79 % - Muito Bom

Aspetos a melhorar:

- Questão 7 – Quando está recomendado a mudança do saco de drenagem.
- Questão 8 – Quando está recomendado a desinfeção higiénica das mãos.
- Questão 11 – Está recomendado o circuito de drenagem fechado.

RECOMENDAÇÕES:

GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009

NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL - Recomendação para a prevenção da ITU em pessoas doentes algaliadas

RECOMENDAÇÕES:

Dentro das IACS as infeções urinárias são **uma das mais frequentes**, sendo que 80 % dos casos estão associados à algaliação.

Dado o **RISCO DE INFEÇÃO** que esta técnica acarreta, o seu uso deve ser apenas para **indicações apropriadas** (Categoria IB).

Exemplos de **INDICAÇÕES APROPRIADAS** para a Algaliação:

- Esvaziar a bexiga quando há retenção urinária e insucesso de outras intervenções;
- Monitorizar o débito urinário em doentes críticos;

RECOMENDAÇÕES (cont.):

Uso de algáliação durante o perioperatório **somente quando necessário** (categoria IB).

Considerar uso de outros **metodos alternativos** à algáliação, quando apropriado (ex:dispositivo urinário externo) (categoria II).

Uso de algália deve ser limitado às **necessidades clínicas, diariamente reavaliadas** (categoria IB). >

TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A INSERÇÃO DO CATETER URINÁRIO

Higiene das Mãos antes e após a inserção do cateter e em toda a manipulação do dispositivo ou do local do cateter (categoria IB).



Desinfecção com SABA - Mãos limpas

Lavagem com água e sabão - Mãos sujas >

RECOMENDAÇÕES CCC, 2009¹

Princípios de Assépsia na técnica de ALGALIAÇÃO

1. A higiene da Mãos deve ser realizada, preferencialmente, com recurso a soluções anti-sépticas de base alcoólica Categoria IA.
2. O profissional que vai inserir a algália, deve proceder à **desinfecção higiénica das mãos**, antes de calçar as luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção – Categoria IA

¹CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) – HCPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee – Guidelines for prevention of catheter – Associated Urinary Tract Infections Centers for Disease Control and Prevention (2009). >

RECOMENDAÇÕES CONT.:

1. A área genital deve ser lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas de procedimento (limpas) – Categoria II
2. O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Categoria IA
3. Usar lubrificante apropriado – gel anestésico estéril de uso único – Categoria II
4. O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (volume necessário - 5 a 10ml no adulto) – Categoria II >

RECOMENDAÇÕES:

3. Manutenção de um campo estéril. Se a algália se contaminar durante a inserção deve ser substituída – Categoria IB

4. Seleção do tipo e calibre da algália.

Deve escolher-se o diâmetro mais pequeno desde que assegure a drenagem eficaz. O calibre recomendado é de 12 a 14 unidades de Charrière (Ch) na mulher e 14 a 16 Ch no homem – Categoria II

5. A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril – Categoria IB



TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

1. O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado. Este só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos – Categoria IA.
2. O saco deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga para manter e estar colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo – Categoria II



TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

A remoção da algália deve ser feita o mais cedo possível – Categoria IA.

O procedimento de remoção da algália, deve seguir as seguintes fases:

- Higiene das Mãos com solução anti-séptica alcoólica e calças/luvas limpas;
- Desinsuflar o balão;
- Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico;
- Retirar a algália suavemente;
- Limpar novamente o meato e a região peri-uretral;
- Vigiar a eliminação vesical espontânea;
- Registrar a data e o motivo da remoção da algália bem como, a eliminação pós-desalgaliação – Categoria IC



CONCLUSÕES:

- Evitar o uso desnecessário do cateter urinário.
- Técnica asséptica no procedimento
- Ter por base as GUIDELINES.
- Rever a necessidade de manter o cateter urinário diariamente e remover o mais cedo possível.



“BUNDLES”



CONCLUSÕES:

- » Enfermeiros demonstram conhecimentos.
- » Formação Continual *Guidelines*.
- » Orientação na prática de acordo com os recursos do serviço.
- » Auditoria a realizar pelo Membro Dinamizador para orientação e "feed-back" à Equipa.
- » Envolvimento da Equipa Multidisciplinar, parceria.



Que Atitude ?

- Prevenção
- Vigilância



"Many infections are inevitable, although some can be prevented"
Geberding JL. Ann Intern Med 2002

OBRIGADA, pela sua colaboração! ©



INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PESSOAS DOENTES ALGALIADAS

Resultados da Fase de Teste à Auditoria Realizada no Serviço de Medicina II e Unidade Médica Diferenciada (Med. I)

Comissão de Controle de Infecção

Estudante: Vera Andrade
Enfermeira Orientadora: Enf. Paula Paramés
Tutor de Estágio: Professora Filipa Veludo

Junho de 2012

PLANO DA SESSÃO

Objetivos:

- ✓ Dar a conhecer os resultados das Auditorias-teste.
- ✓ Discutir os resultados.
- ✓ Apresentar recomendações de melhoria e propostas de medidas corretivas e exequíveis para os serviços.
- ✓ Sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática.

Conteúdos:

- ✓ Resultados das auditorias-teste.
- ✓ Norma de Procedimento Geral sobre a Prevenção da Infecção do trato urinário em doentes algaliados.

Duração: 20 MINUTOS

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

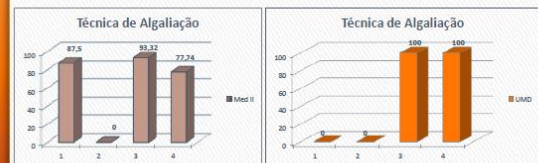
Inquérito de Prevalência de Infecções (IPI) de 2010

1. Infecção do Trato Urinário (ITU) 2ª causa, constituindo 26% das infecções nosocomiais por localização.
2. Infecções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a 2ª causa.
3. Importância dos Enfermeiros

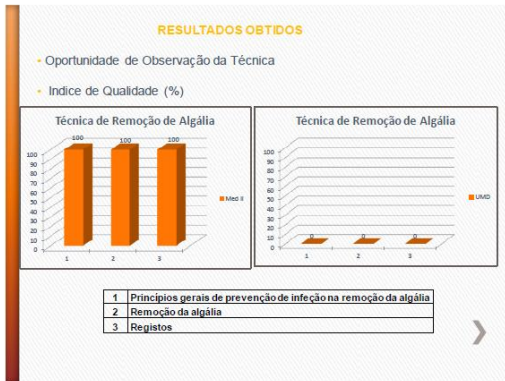


RESULTADOS OBTIDOS

- Oportunidade de Observação da Técnica
- Índice de Qualidade (%)



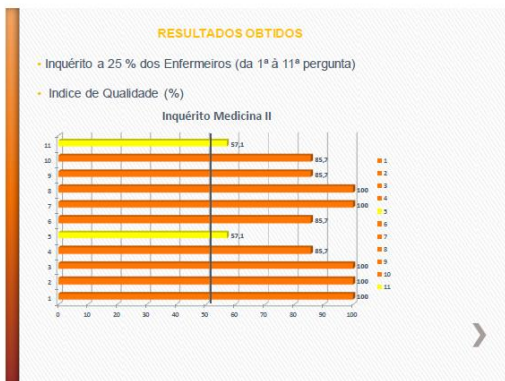
1	Princípios da assepsia antes da técnica
2	Princípios da assepsia durante da técnica
3	Princípios de prevenção de infecção no manuseamento
4	Registos



ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

	Serviço Medicina II	UMD
Técnica de algaliação	65 %	100 % *
Remoção da Algália	100 %	0 % *

- Score Médio \geq a 75 % = MUITO BOM
 - Score Médio \geq a 50 % = BOM
 - Score Médio < a 50 % = INSUFICIENTE

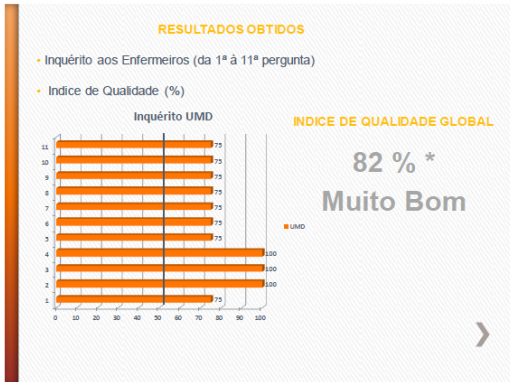


ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

87 % - Muito Bom

Aspetos a melhorar:

- I. Questão 5 - Segundo a recomendação um exemplo de indicação apropriada para Algaliação.
- II. Questão 11 - Está recomendado o circuito de drenagem fechado.



RECOMENDAÇÕES:

GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009

NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL - Recomendação para a prevenção da ITU em pessoas doentes algaliadas

RECOMENDAÇÕES:

Dentro das IACS as infeções urinárias são uma das mais frequentes, sendo que 80 % dos casos estão associados à algaliação.

Dado o **RISCO DE INFEÇÃO** que esta técnica acarreta, o seu uso deve ser apenas para indicações apropriadas (Categoria IB).

Exemplos de **INDICAÇÕES APROPRIADAS** para a Algaliação:

- Esvaziar a bexiga quando há retenção urinária e insucesso de outras intervenções;
- Monitorizar o débito urinário;
- Descomprimir a bexiga antes, durante e após determinadas intervenções cirúrgicas e/ou tratamentos;

RECOMENDAÇÕES (cont.):

Uso de algaliação durante o perioperatório **somente quando necessário** (categoria IB).

Considerar uso de outros **metodos alternativos** à algaliação, quando apropriado (ex:dispositivo urinário externo) (categoria II).

Uso de algália deve ser limitado às **necessidades clínicas, diariamente reavaliadas** (categoria IB).

TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A **INSERÇÃO** DO CATETER URINÁRIO

Higiene das Mãos antes e após a inserção do cateter e em toda a manipulação do dispositivo ou do local do cateter (categoria IB).



Desinfecção com SABA - Mãos limpas

Lavagem com água e sabão - Mãos sujas



RECOMENDAÇÕES CDC, 2009¹

Princípios de Assépsia na técnica de ALGALIAÇÃO

1. Desinfecção feita, preferencialmente, com recurso a soluções anti-sépticas de base alcoólica Categoria IA.
2. O profissional que vai inserir a algália, deve proceder à **desinfecção higiénica das mãos**, antes de calçar as luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção – Categoria IA

¹CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) - HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee – Guidelines for prevention of catheter – Associated Urinary Tract Infections. Centers for Disease Control and Prevention (2009).



RECOMENDAÇÕES CONT.:

1. A área genital deve ser lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas de procedimento (limpas) – Categoria II
2. O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Categoria IA
3. Usar lubrificante apropriado – gel anestésico estéril de uso único – Categoria II
4. O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (volume necessário - 5 a 10ml no adulto) – Categoria II



RECOMENDAÇÕES:

3. Manutenção de um campo estéril. Se a algália se contaminar durante a inserção deve ser substituída – Categoria IB
4. **Seleção do tipo e calibre da algália.**
Deve escolher-se o diâmetro mais pequeno desde que assegure a drenagem eficaz. O calibre recomendado é de **12 a 14 unidades de Charrière (Ch)** na mulher e **14 a 16 Ch** no homem – Categoria II
5. A algália deve ser inserida com **técnica asséptica** e equipamento estéril – Categoria IB



TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

1. O sistema de drenagem deve funcionar em **circuito fechado**. Este só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos – **Categoria IA**.
2. O saco deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga para manter e estar colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo – **Categoria II**



TÉCNICAS APROPRIADAS PARA A REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

A remoção da algália deve ser feita o **mais cedo possível** – **Categoria IA**.

O procedimento de remoção da algália, deve seguir as seguintes fases:

- *Descontaminar as mãos com solução anti-séptica alcoólica e calçar luvas limpas;
 - *Desinsulfar o balão;
 - *Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico;
 - *Retirar a algália suavemente;
 - *Limpar novamente o meato e a região peri-uretral;
 - *Agir e eliminação vesical espontânea;
 - *Registar a data e o motivo da remoção da algália bem como, a eliminação pós-desalgaliação-
- Categoria IC**



CONCLUSÕES:

- Evitar o uso desnecessário do cateter urinário.
- Técnica asséptica no procedimento
- Ter por base as GUIDELINES.
- Rever a necessidade de manter o cateter urinário diariamente e remover o mais cedo possível.



“BUNDLES”



CONCLUSÕES:

- » Enfermeiros demonstram conhecimentos.
- » Formação Contínua/ *Guidelines*.
- » Orientação na prática de acordo com os recursos do serviço.
- » Auditoria a realizar pelo Membro Dinamizador para orientação e “*feed-back*” à Equipa.
- » Envolvimento da Equipa Multidisciplinar, parceria.



Que Atitude ?

Prevenção

Vigilância



"Many infections are inevitable, although some can be prevented"

Geberding J.L. Ann Intern Med 2002

OBRIGADA, pela sua colaboração! ©



**Apêndice 6 – Instrumento de Avaliação das sessões de
formação**

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Sessão: Intervenção dos Enfermeiros na Prevenção da Infecção do Trato Urinário em pessoas submetidas a algaliação.

Data: ___ / ___ / ___

Uma vez terminada a sessão de formação, importa refletir sobre as aprendizagens e a sua opinião reveste-se da maior importância para melhorar a qualidade das futuras sessões. Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. O n.º 1 corresponde à pontuação mais baixa e o n.º 5 corresponde à pontuação mais elevada.

1. FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Classifique a clareza e a definição dos objetivos da sessão de formação.					
Os temas desenvolvidos na sessão foram ajustados aos objetivos da formação?					
O tempo da sessão foi adequado à importância e quantidade dos temas tratados?					
Os materiais de apoio utilizados na sessão foram ajustados à formação?					
2. ASPECTOS GERAIS DO CURSO					
A sessão de formação revelou utilidade para a sua atividade profissional?					
Como classifica a divulgação desta sessão no seu local de trabalho?					
Os objetivos da formação foram alcançados?					
Está motivado para mudar a sua prática?					
3. FORMADOR					
Demonstrou conhecimentos?					
Prestou os esclarecimentos solicitados?					
Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem?					
Despertou interesse?					

Refira Aspectos Positivos:

Refira Aspectos Negativos:

Sugestões:

OBRIGADA, pela sua colaboração! ☺

Apêndice 7 – Resultados da Avaliação das sessões de formação

Escala de pontuação entre 1 e 5, sendo 1 a pontuação mais baixa e 5 a pontuação mais elevada:

- Clareza e a definição dos objetivos da formação: 43% considerou pontuação 4 e 18% considerou pontuação 5.
- Temas desenvolvidos da sessão foram ajustados aos objetivos da formação: 50% considerou pontuação 4 e 21% considerou pontuação 5.
- Utilidade para a sua atividade profissional: 36% considerou pontuação 4 e 21% considerou pontuação 5.
- Objetivos da formação foram alcançados: 46% considerou pontuação 4 e 18% considerou pontuação 5.
- Motivação para mudar a sua prática: 50% considerou pontuação 4 e 25% considerou pontuação 5.
- Formador demonstrou conhecimentos: 61% considerou pontuação 4 e 18% considerou pontuação 5.
- Formador prestou os esclarecimentos solicitados: 64% considerou pontuação 4 e 36% considerou pontuação 5.
- Formador despertou interesse: 43% considerou pontuação 4 e 18% considerou pontuação 5.

Perante o exposto considero ter sensibilizado os Enfermeiros para esta problemática e colaborar na sua monitorização, no que diz respeito às guidelines.

**Apêndice 8 - Comunicação livre através de *poster* realizado no congresso dos
Hospitais 2012**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO ASSOCIADA A ALGALIAÇÃO: QUE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM/ PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Autores:

Andrade, Vera ;
 Estudante de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
 vera_andrade@hotmail.com

Veludo, Filipa

Tutora de Ensino, Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
 veludo@icsa.ucp.pt

INTRODUÇÃO

Nas Infecções Associadas a Cuidados de Saúde a infecção do Trato Urinário (ITU) são uma das mais frequentes sendo na sua maioria associada a Algaliação. Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infecção (PNCI, 2004), a infecção do trato urinário associada a algaliação é a infecção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infecções nosocomiais. A algaliação é considerada como factor principal por cerca de 80% das ITU, sendo esta técnica muitas vezes utilizada sem indicações apropriadas (Blodgett, 2009). Um dos factores de risco mais importantes na prevenção da ITU associada a algaliação é precisamente evitar o uso do cateter, ponderando outras alternativas. A duração do cateterismo vesical é outro fator que influencia directamente o desenvolvimento de ITU associada a algaliação. É de salientar o impacto na qualidade de vida da pessoa submetida a esta técnica e que desenvolve uma infecção associada e por outro lado os custos que um internamento de maior duração que o previsto pode ter. Neste âmbito a intervenção de Enfermagem baseada na evidência é importante na medida em que são os profissionais que mais intervêm na inserção, manutenção e remoção do cateterismo vesical em pessoas submetidas a algaliação nas instituições de saúde, factores importantes associados a risco de infecção.

OBJECTIVOS

Sistematizar intervenções de Enfermagem baseadas na evidência na prevenção de Infecção do Trato Urinário associada a algaliação.

METODOLOGIA

Revisão teórica do tema em estudo, face a estratégias de implementação das *guidelines* para a prevenção da ITU associada a algaliação emanadas pela Centers for Disease Control and Prevention em 2009. O limite temporal da pesquisa foi realizada entre Janeiro de 2009 e Agosto de 2012, artigos com texto completo utilizando os motores de busca EBSCO HOST e MEDLINE. Descritores: urinary AND infection AND catheter AND nurs*. Critérios de inclusão: artigos que envolvessem o fenómeno em estudo, artigos com intervenções no contexto da Enfermagem. Critérios de exclusão: contexto de pediatria. Foram encontrados 27 artigos científicos que após a leitura de título e de abstracts seleccionaram-se um total de 9 artigos que abordavam estratégias acerca desta temática e intervenção de enfermagem.

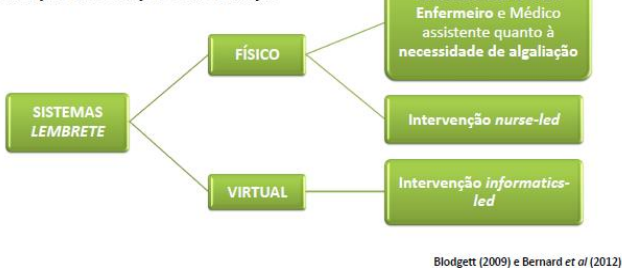
RESULTADOS/DISCUSSÃO

As *guidelines* do Centers for Disease Control and Prevention (2009) acerca da prevenção da infecção do trato urinário associada a algaliação descrevem exemplos de indicações apropriadas de utilização de cateter vesical, destacamos a retenção urinária, obstrução do trato urinário, no período peri operatório para cirurgias específicas (foro urológico) na prevenção/tratamento de úlceras por pressão na região sacrococcígea e perianal em pessoas incontinentes, na medição urinária criteriosa em pessoas em situação crítica, em pessoas com imobilização prolongada (ex. politraumatizados) e por fim promover o conforto em cuidados em fim de vida. No entanto o uso de cateter na maior parte das situações não é apropriado ou não está devidamente documentado. Na revisão teórica realizada por Bernard *et al* (2012) a utilização inadequada de cateterismo vesical em pessoas hospitalizadas, está entre 21 a 50%. Deste modo destaca-se a importância da avaliação continuada da necessidade de algaliação, uma vez que cada dia a mais de cateterismo vesical aumenta o risco de infecção de 3 a 10%. Vários estudos fundamentam a diminuição da ITU associada a algaliação com a redução do uso de cateterismo.

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO



DIMINUIÇÃO DA DURAÇÃO DE ALGALIAÇÃO



Redução de cerca de 67% no número de dias de cateterismo vesical e 26% na redução de ITU associada a algaliação (Bernard *et al*, 2012).

Winter *et al* (2009) descrevem outras estratégias desenvolvidas por Enfermeiros para evitar o cateterismo vesical e limitar a sua duração. Tendo em conta as *guidelines* baseadas na evidência para além da criação de *bundles* a Baylor Nurses' desenvolveu um algoritmo para avaliar a necessidade de algaliação e a sua manutenção baseada na evidência para a prevenção de UTI associada a algaliação. (FIGURA 1)

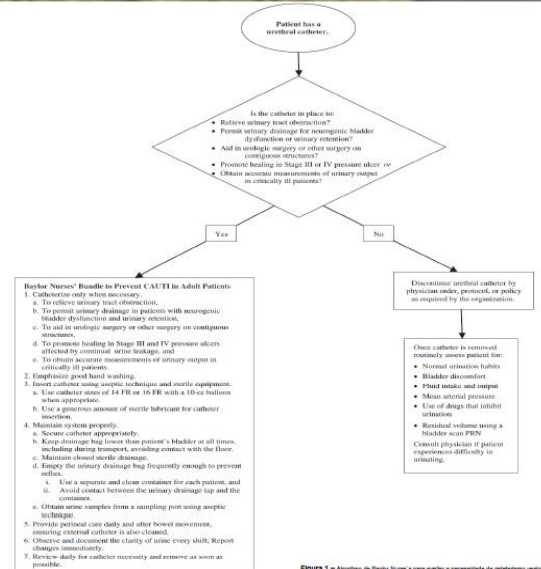


FIGURA 1 – Algoritmo de Baylor Nurse a quem avaliar a necessidade de cateterismo vesical.

AUDITORIAS

Dailly (2011) focaliza a intervenção de enfermagem baseada na evidência através do uso de técnica asséptica na inserção do cateter e na promoção da remoção precoce do mesmo. No sentido de monitorizar esta intervenção no Royal Hampshire Hospital, foi construído um documento, *Urinary Catheter Assessment and Monitoring form* – UCAM (FIGURA 2), adaptado à algaliação em que todos os dias, o Enfermeiro avalia e documenta a necessidade de algaliação e a manutenção que é feita ao cateter. Com este documento são registadas as práticas realizadas, de acordo com as *guidelines* e a necessidade de manter o cateter e com este evidenciar ao médico assistente a indicação apropriada ou não de manter a algaliação.

Patient name: Date of birth: M/N: NHS No:		Ward/unit:		Is patient consented?	
<input type="checkbox"/> Urinary catheter	<input type="checkbox"/> Suprapubic catheter	<input type="checkbox"/> Anionic technique	<input type="checkbox"/> Sterile catheter used for manual cleaning prior to insertion if not, specify other cleaning agent used.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Short/medium-term use to 28 days	<input type="checkbox"/> Long-term use to 12 weeks	<input type="checkbox"/> Sterile catheter used for manual cleaning prior to insertion if not, specify other cleaning agent used.	<input type="checkbox"/> Sterile catheter used for manual cleaning prior to insertion if not, specify other cleaning agent used.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Date change due:		<input type="checkbox"/> Log bag	<input type="checkbox"/> 21. Drainage bag	<input type="checkbox"/> 41. Drainage bag	<input type="checkbox"/> Urinary catheter
Date & time	Catheter still required?	Catheter removed?	Manual hygiene performed?	Catheter tube secured safely to the leg?	Drainage bag changed?
					Closed drainage system maintained?
					Specify any problems, interventions, & outcomes
					Print name Sign & job title

FIGURA 2 – Urinary Catheter Assessment and Monitoring form (UCAM)

A compreensão e a documentação do motivo de algaliação contribuíram para o planeamento da sua remoção precoce. As Auditorias vêm neste sentido fomentar as melhores práticas e garantir que os procedimentos estão a ser cumpridos correctamente (Daily, 2012). No estudo realizado no *Royal Hampshire Hospital* (Daily, 2012) entre Setembro de 2009 e Janeiro de 2010 acerca da aplicação do UCAM e o seu contributo para a prevenção da ITU associada a algaliação concluiu que houve melhoria significativa na qualidade dos registos acerca da técnica de inserção e a manutenção do cateterismo vesical em comparação com os registos anteriores à aplicação do UCAM. Houve um aumento de auditorias por mês aos clientes submetidos a algaliação, sendo aqueles considerados desnecessários removidos após a auditoria.

CONCLUSÃO

A algaliação é uma técnica muito utilizada em pessoas hospitalizadas, os Enfermeiros assumem um papel importante na prevenção da infecção associada a esta técnica. A prática baseada na evidência para a manutenção do uso do cateter é importante. A avaliação da necessidade de algaliação e limitar a duração do cateterismo vesical são os factores e risco mais importantes e evitáveis que contribuem para a diminuição de ITU associada a algaliação. Para além dos ganhos em saúde torna-se fundamental zelar pela segurança do doente hospitalizado quando as infecções associadas a cuidados de saúde são na sua maioria evitáveis.

Apêndice 9 - Projeto de Intervenção no SUG



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Serviço de Urgência Geral

**INCIDÊNCIA DAS INFECÇÕES TRATO URINÁRIO NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA GERAL**

(PROJETO DE INTERVENÇÃO)

Estudante: Vera Lúcia Fonseca Andrade

Professor Tutor: Professora Filipa Veludo

Enfermeira Orientadora: Enf^a Cátia Marranita

Almada, Novembro de 2012

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Na consulta dos dados mais actuais da Comissão de Controlo de Infecção, constatou-se que no Inquérito de Prevalência de Infecções (IPI) de 2010, a Infecção do Trato Urinário (ITU) era a segunda causa, constituindo 26% das infecções nosocomiais por localização.

No que diz respeito a infecções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas, a ITU representava 25%, sendo também a segunda causa (IPI, 2010).

Tendo em conta a situação problema que surge perante os dados supracitados referentes à ITU, a **vigilância epidemiológica** assume um papel fundamental nas instituições de saúde uma vez que estão diretamente implicados a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados, a saúde e bem-estar dos clientes afetados e gastos financeiros acrescidos da instituição.

Considerando a importância da monitorização de Boas Práticas na prevenção da ITU associada a algaliação para um adequado controlo de infecção, a realização de um estudo retrospectivo acerca da incidência das ITU adquiridas na UIMC - SUG irá permitir elaborar um diagnóstico situacional acerca da incidência de infecções para posterior intervenção na prática.

OBJETIVOS:

- Realizar um diagnóstico acerca da incidência das infecções urinárias associada a algaliação na UIMC, durante o mês de Agosto de 2012;
- Identificar as infeções urinárias associadas a algaliação;
- Comparar incidência da ITU contraídas na UIMC/SUG com os dados obtidos no IPI da instituição referentes aos dados da ITU associada a algaliação.

METODOLOGIA:

- Tipo de Estudo: Estudo retrospectivo de incidência das ITU no SUG realizado durante o mês de Agosto de 2012.
- Cenário de Estudo: UIMC - SUG
- Amostra: processo de enfermagem de pessoas submetidas a algaliação ou com história de algaliação; diário clínico de pessoas submetidas a algaliação com uroculturas positivas no período do estudo;
- Análise e tratamento de dados:

- Análise documental da amostra seleccionada;
 - Seleccionar os dados de acordo com a amostra
- o Realizar o tratamento de dados utilizando o EXCEL;
- o Apresentar os resultados obtidos através de relatório, a entregar até 19/01/2012.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Imprescindível a qualquer tipo de estudo é de salientar que será tido em conta o anonimato dos clientes e a confidencialidade dos dados consultados.

Referências Bibliográficas:

- IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção – (2010).
http://pnci-ve.dgs.pt/Relatorio/Relatorio_26.aspx

Apêndice 10 - Divulgação dos resultados do estudo retrospectivo



V Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INCIDÊNCIA DAS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A ALGALIAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (estudo retrospectivo)

Estudante: Vera Andrade
Enfermeiros Orientadores:
Enfermeiro Chefe António Rocha
Enf. Célia Marranto
Tutor de Estágio: Professora Filipa Veludo

JANEIRO DE 2013

PLANO DA SESSÃO

Objetivos:

- ▶ Dar a conhecer os resultados do estudo.
- ▶ Discutir os resultados.
- ▶ Sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática.

Conteúdos:

- ▶ Resultados do estudo retrospectivo

Duração: 30 MINUTOS

PROBLEMÁTICA

Inquérito de Prevalência de Infeções (IPI) de 2010

1. Infecção do Trato Urinário (ITU) 2ª causa, constituindo 26% das infeções nosocomiais por localização.
2. Infeções associadas a dispositivos e/ou técnicas invasivas a ITU representava 25%, sendo também a 2ª causa.
3. Inexistência de dados concretos no SUG acerca desta problemática
4. Importância dos Enfermeiros na prevenção/controlo ITU



METODOLOGIA

- ▶ Tipo de Estudo: descritivo, retrospectivo com análise documental de processos clínicos/enfermagem.
- ▶ Intervalo Tempo: Agosto de 2012.
- ▶ Cenário de Estudo: UIMC – SUG.
- ▶ Critérios de inclusão: informação clínica de pessoas submetidas a algaliação ou com história de algaliação, com UC positivas no período do estudo;

CONCLUSÃO

- ▶ % elevada de ITU associada a algáliação no SUG.
- ▶ Existem factores de risco intrínsecos e extrínsecos que contribuem para a ITU associada a algáliação.

FACTORES DE RISCO INTRÍNSECO	FACTORES DE RISCO EXTRÍNSECO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade avançada • Sexo • Diabetes <i>Mellitus</i> • Imunodeficiência • Desnutrição • Insuficiência renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade de cuidados na inserção • Duração da algáliação • Manutenção do circuito fechado de drenagem • Despejo dos sacos de drenagem • Tempo de internamento

INTERVENÇÃO ENFERMAGEM

Que Atitude ?

Prevenção/Estratégias

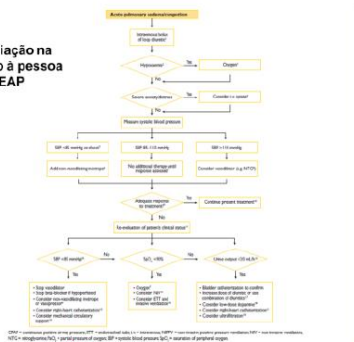
Vigilância



"Many infections are inevitable, although some can be prevented"

Geberding JL. Ann Intern Med 2002

Ex.: Algáliação na intervenção a pessoa com EAP



ESC GUIDELINES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ OMS – Organização Mundial de Saúde. (2006). <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>
- ▶ Pellowe, C., Pratt, R., (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22(8), 25–29.
- ▶ PNCI – Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário. (2004). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- ▶ HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee – Guidelines for prevention of catheter - Associated Urinary Tract infections (2009).
- ▶ IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção – (2010). http://pn-ci-ve.dgs.pt/Relatorio/Relatorio_26.aspx

ANEXOS

**Anexo 1 - Certificado de formação sobre “Campanha Nacional da higiene das
mãos”**



CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

3º Aniversário da Campanha - Salvamos Vidas

INFARMED - Auditório do Edifício Tomé Pires, 4 de maio de 2012

Para os devidos efeitos declara-se que

Andrade

Sara Luísa Tomé

esteve presente na sessão da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, "Salvamos Vidas", organizada pela Direção-Geral da Saúde, no INFARMED, a 4 de maio de 2012.

Lisboa, 4 de maio de 2012

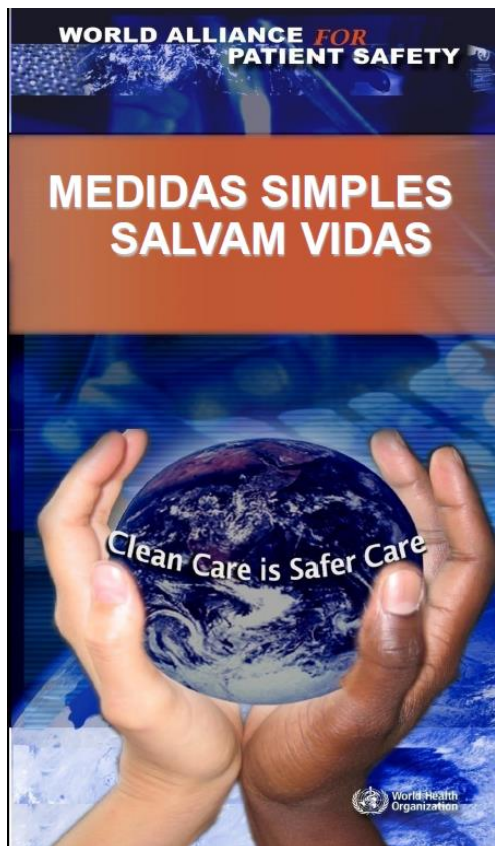
Francisco George

Francisco George

Diretor-Geral da Saúde



Anexo 2 – Apresentação do Curso de Precauções Básicas e Controlo de Infecção



CURSO DE PRECAUÇÕES BÁSICAS E CONTROLO DE INFECCÃO

Anexo 3 – Artigo científico disponibilizado nos serviços

Ações de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora

Nursing actions to prevent urinary tract infection associated with long-standing bladder catheter

Fabrcia Alves Vieira*

RESUMO

Durante o perodo de internao de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), s3o utilizados v3rios recursos de terap3utica e procedimentos que podem ocasionar quebra dos mecanismos de defesa do organismo favorecendo infec33es, sendo a infec33o do trato urin3rio a mais frequente. Este estudo foi realizado visando enfatizar a uniformiza33o das condutas intervencionistas de Enfermagem, com o objetivo de proporcionar ao paciente da UTI menor risco de infec33o urin3ria associada ao cateter vesical de demora.

Descritores: Infec33es urin3rias; Cat3teres de demora; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

During hospital stay at the Intensive Care Unit (ICU), many treatments and procedures can breakdown the body defense mechanisms leading to infections. Urinary tract infections are the most frequent. This study was carried out in order to emphasize the standardization of nurse care, with the aim of reducing the ICU patient risk of developing urinary tract infections associated with indwelling bladder catheters.

Keywords: Urinary tract infections; Catheters, indwelling; Intensive care units

INTRODU33O

A infec33o do trato urin3rio 3 caracterizada pela invas3o de micro-organismos em qualquer tecido da via urin3ria e est3 no grupo dos quatro tipos mais frequentes de infec33es hospitalares. Segundo dados epidemiol3gicos, 35 a 45% de todas as infec33es hospitalares adquiridas s3o infec33es do trato urin3rio, sendo que 80% est3o relacionadas ao uso do cateter vesical de demora⁽¹⁾.

As infec33es s3o manifesta33es frequentes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido 3 gravidade do paciente, maior diversidade microbiana e maior exposi-

33o a procedimentos invasivos como o cateterismo vesical, indicado na maioria das vezes para avalia33o do d3bito urin3rio, e em pacientes comatosos e sedados⁽²⁾. Estudos comprovam que, em curto espa3o de cateterismo vesical, a urina previamente est3ril torna-se colonizada por bact3rias. Os pat3genos mais frequentemente envolvidos nas infec33es urin3rias dos pacientes graves associados ao cateterismo vesical s3o: enterobact3rias, *P. aeruginosa* e *Enterococcus spp*⁽³⁾.

Para a maioria dos pacientes internados nas UTI, a infec33o urin3ria est3 relacionada ao uso do cateterismo vesical e est3 associada aos seguintes fatores: bacterianos, como a virul3ncia e a ader3ncia aos receptores uroteliais⁽⁴⁾; do hospedeiro, como flora bacteriana normal, pH 3cido vaginal e urin3rio, alta concentra33o de ureia, 3cidos org3nicos e o ato da mic33o que remove as bact3rias da parede vesical, bem como fatores gen3ticos e altera33es anatomo-funcionais no trato urin3rio, normalmente dificultam a ader3ncia de uropat3genos ao urot3lio e encontram-se reduzidos⁽³⁾; predisponentes, como t3cnicas de assepsia e de sondagem vesical, e de tempo de sondagem.

Diante da atua33o da equipe de Enfermagem na execu33o do cateterismo vesical, 3 necess3rio que a ger3ncia de Enfermagem da UTI implante medidas para minimizar a incid3ncia e os riscos destas infec33es, prevenindo-as pelo aprimoramento t3cnico-cient3fico de sua equipe, buscando um equil3brio entre a seguran3a do paciente e o custo-efetividade.

OBJETIVO

Estudar as a33es de Enfermagem que previnem a infec33o do trato urin3rio relacionado ao cateter vesical de demora e descrever a import3ncia das a33es inter-

* Enfermeira do Centro Universit3rio do Tri3ngulo – UNITRI, Uberl3ndia (MG), Brasil.

Autor correspondente: Fabrcia Alves Vieira – Rua Jo3o Limrio dos Anjos, 1.035 – Santa M3nica – CEP 38408-266 – Uberl3ndia (MG), Brasil – Tel.: (34) 3216-2115 – e-mail: fabrciaalv@yahoo.com.br

Data de submiss3o: 1/5/2007 – Data de aceite: 7/7/2009

vencionistas de Enfermagem na redução da incidência de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora, em pacientes criticamente enfermos internados em UTI.

JUSTIFICATIVA

Observa-se que os pacientes de UTI, que usam cateter vesical de demora, apresentam maior incidência de infecção do trato urinário e que medidas intervencionistas de Enfermagem podem reduzir esta incidência.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão do tipo explanatória, utilizando as bases de dados do Pubmed e LILACS, bem como livros-texto com publicações compreendidas no período de 1998 a 2007. Utilizou-se a estratégia de cruzamento dos descritores infecção do trato urinário, cateter vesical de demora e UTI. A seguir, optou-se por contextualizar de maneira direta e indireta as publicações disponíveis e citá-las de forma direta e indireta ao longo do texto.

RESULTADOS

No quadro 1 são apresentadas as sínteses das revisões exploratórias realizadas, com seus respectivos desfechos.

DISCUSSÃO

A UTI é uma área no hospital onde o risco de aquisição de infecção hospitalar é particularmente elevado, pelas seguintes razões:

- os pacientes de UTI estão gravemente doentes e geralmente possuem mais de uma doença em curso comparado com os outros pacientes^(5,6);
- procedimentos invasivos como cateterismo vesical são mais realizados na UTI^(4,6);
- o uso excessivo de antibióticos de amplo espectro provoca formação de micro-organismos resistentes que, por fim, favorecem o surgimento de infecção^(3,5);
- o ritmo das atividades na UTI pode, em geral, tornar a equipe de Enfermagem e demais profissionais de saúde menos diligentes com a técnica asséptica^(6,7).

Diante desses fatores que predispõe o surgimento de infecção nas UTI, é papel do(a) enfermeiro(a) adotar medidas que reduzam a incidência destas infecções, em especial das infecções do trato urinário (ITU) relacionadas ao cateterismo vesical, por se tratar de uma prática realizada predominantemente pela Enferma-

gem. No contexto da multidisciplinaridade existente no ambiente da UTI, é necessário que o(a) enfermeiro(a) desenvolva um papel crucial na prevenção e combate à infecção hospitalar, pelo treinamento de sua equipe, educação continuada e melhor interação e comunicação com a equipe médica e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de seu serviço.

O treinamento da equipe de Enfermagem consiste em capacitar auxiliares e técnicos de Enfermagem a executarem a técnica de cateterismo vesical de forma asséptica, educando-os quanto à lavagem das mãos, visto que estes são os principais responsáveis pelas infecções cruzadas e pelos surtos de ITU nas UTI, revelando a necessidade de uma boa higienização no atendimento a um paciente⁽³⁾. Juntamente com a equipe médica, cabe também ao enfermeiro(a) discutir os critérios de indicação de cateterismo vesical, sua necessidade e o tempo de permanência do cateter, visto que quanto maior o tempo de duração, maior são as chances de ocorrer a ITU. Estudos demonstraram um risco de 2,5% para um dia de cateterismo, 10% para dois a três dias, 12,2% para quatro a cinco dias, chegando a 26,9% com duração igual ou maior do que seis dias⁽⁸⁾.

Mediante esse contexto não se pode deixar de dar ênfase ao papel gerencial que o(a) enfermeiro(a) exerce, e aos benefícios que sua atuação eficaz proporciona à instituição e ao paciente. Isso se torna claro ao implantar políticas que previnam a infecção hospitalar, pois a prevenção permanece como o melhor caminho para reduzir os custos das ITU e, conseqüentemente, a morbidade e a mortalidade que as ITU representam.

Os fatores que predispõem o surgimento de ITU em pacientes com cateterismo vesical nas UTI⁽⁵⁾ são: técnica imprópria da lavagem das mãos; inserção do cateter urinário sem a execução da técnica e assepsia corretamente; sonda vesical desconectada do coletor de urina; saída do coletor de urina tocando a superfície contaminada; urina na sonda vesical ou coletor de urina sendo permitido reentrar na bexiga (refluxo); irrigações repetidas da sonda vesical com soluções; o uso indiscriminado de cateterismo vesical, sem que haja indicação necessária; a permanência aumentada da sonda vesical, além da necessidade do paciente; a dimensão do cateter maior do que a apropriada para o paciente lesa os tecidos e favorece a colonização; o uso de balonetes maiores que o ideal faz com que aumente a quantidade de urina residual, aumentando a probabilidade de infecções. Cateteres com balonetes maiores do que 10 ml devem ser reservados para situações com indicação específica, como é o caso de algumas cirurgias ou em mulheres com rompimento da musculatura pélvica.

Observou-se nos resultados obtidos que as pesquisas e estudos nos têm retratado que o risco de infecção reduz, após padronização de técnicas assépticas na

Quadro 1. Revisões exploratórias e desfechos

Autor	Objetivo	Métodos	Desfecho
1. David ⁽¹⁾	Revisar alguns aspectos que envolvem as diferentes infecções apresentadas pelos pacientes críticos e abordar as controvérsias sobre a antibioticoterapia utilizada no combate dos patógenos mais frequentes.	Revisão bibliográfica	A infecção é manifestação frequente do paciente grave e constitui uma das principais causas de mortalidade dos pacientes internados em ambiente de terapia intensiva, devido à presença constante de métodos invasivos como a cateterização urinária, a intubação traqueal e cateteres intravasculares.
2. Marra A, Barbosa O, Barsanti WS ⁽²⁾	Abordar o controle das infecções por meio da vigilância epidemiológica, e a prevenção de infecção dentro das UTI.	Revisão bibliográfica	A busca do foco infeccioso na sepse e as condutas a serem tomadas para sua prevenção são medidas específicas que deverão ser tomadas para o controle da fonte de infecção.
3. Lucchetti et al. ⁽³⁾	Avaliar a frequência e o perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecção do trato urinário, pacientes cronicamente sondados e em acompanhamento no ambulatório de Urologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.	Este trabalho foi dividido em duas etapas: coleta de dados laboratoriais e análise dos prontuários.	Entre os pacientes submetidos à cateterização vesical, 10% deles são portadores prévios de bactérias. Daqueles sem bactérias na fase pré-sondagem, 10 a 20% desenvolverão bacteriúria durante a cateterização e, nesse grupo, 20 a 30% (2 a 6% de todos os pacientes sondados) apresentarão sintomas de infecção do trato urinário. A sondagem vesical de demora traz grandes morbidades, como infecções de repetição, além de intensificar as dificuldades de convívio social.
4. Stamm ⁽⁴⁾	Demonstrar os fatores de risco que propiciam o aparecimento de infecções do trato urinário em UTI.	Revisão bibliográfica	A presença de infecção do trato urinário ocorre com grande incidência no ambiente hospitalar, em especial nos pacientes de terapia intensiva, uma vez que estes utilizam frequentemente o cateterismo vesical de demora, na maioria das vezes, por tempo prolongado, representando fonte de infecção.
5. Knobel ⁽⁵⁾	Padronizar a assistência de enfermagem aos pacientes internados em UTI, contribuindo com o processo de reabilitação e cura, atendendo às necessidades humanas básicas e mantendo a visão holística do indivíduo.	Revisão bibliográfica	Considerando o potencial de instabilidade clínica do paciente de terapia intensiva, a vigilância contínua e a aplicação de cuidados básicos são fundamentais para a concretização de uma assistência de Enfermagem com qualidade.
6. Heilberg e Schor ⁽⁶⁾	Revisar aspectos recentes no diagnóstico e no tratamento clínico de infecção do trato urinário, as diferentes formas de apresentação de infecção do trato urinário, abordam-se aspectos fisiopatogênicos relacionados à virulência da bactéria e também os fatores predisponentes do hospedeiro à infecção do trato urinário como obstrução do trato urinário, refluxo vesico-ureteral, cateterização urinária etc.	Revisão bibliográfica	Os autores concluem que é importante a compreensão destes diferentes aspectos no manuseio e também na prevenção da recorrência em pacientes com infecção do trato urinário.
7. Perry e Potter ⁽⁷⁾	Orientar os profissionais de Enfermagem, quanto às possíveis indicações do cateterismo vesical, a técnica de realização do procedimento e os cuidados para se evitar a contaminação e, consequentemente, uma infecção do trato urinário.	Revisão bibliográfica	A infecção do trato urinário pode se desenvolver de várias formas em um paciente com cateterismo. A manutenção de um sistema de drenagem urinária fechado é importante no controle da infecção. E a realização de técnicas assépticas reduzirá a produção de micro-organismos.
8. Stamm e Coutinho ⁽⁸⁾	Determinar a incidência e os fatores de risco relacionados à infecção do trato urinário em pacientes submetidos à sondagem vesical de demora.	Pacientes submetidos à sondagem vesical de demora entre Maio e Dezembro de 1993, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudo observacional de coorte contemporâneo, não controlado, em 136 pacientes submetidos à sondagem vesical de demora, que foram seguidos desde a inserção até a remoção da sonda	A incidência de infecção do trato urinário relacionada à sondagem vesical de demora na amostra analisada foi de 11%, porque no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina existe um controle dos fatores de risco alteráveis. A duração da sondagem vesical é um importante fator de risco para este problema. Recomenda-se limitar ao mínimo necessário o tempo de cateterização em pacientes internados.
9. Alves, Luppi e Paker ⁽⁹⁾	Identificar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de infecção hospitalar e verificar as providências tomadas pelos enfermeiros das unidades de internação para controlar a infecção urinária.	Foi realizada coleta de dados por entrevista semiestruturada, utilizando um questionário. Foram entrevistados 15 enfermeiros responsáveis pelas enfermarias do hospital universitário	Os enfermeiros demonstraram que estão tomando algumas atitudes de prevenção e de tratamento adequados quanto ao risco e aos benefícios do procedimento de sondagem vesical, direcionando assim a individualização dos cuidados de Enfermagem.
10. Smeltzer e Bare ⁽¹⁰⁾	Discutir as estratégias clínicas interdisciplinares e o tratamento de Enfermagem e cirúrgico, por exemplo, cateterismo, diálise e cirurgia, para um grande grupo de distúrbios e doenças renais e urológicas.	Revisão bibliográfica	Os pacientes em alto risco para a infecção do trato urinário devido ao cateterismo devem ser identificados e cuidadosamente monitorizados. Eles deverão ser observados quanto aos sinais e sintomas de infecção do trato urinário: urina com odor fétido e turva, hematúria, febre, calafrios, anorexia e indisposição.

inserção e manutenção do cateter vesical^(4,7-10) e diante do exposto, foram levantadas estratégias para prevenção de ITU relacionadas ao cateterismo vesical: equipe treinada para realizar a técnica de cateterismo vesical de forma asséptica; execução da técnica de lavagem das mãos antes e após manipulação do sistema; realizar higiene do meato uretral com água e sabão no mínimo duas vezes ao dia; esvaziar o coletor de urina de acordo com os horários de rotina de seu serviço, obedecendo a intervalos frequentes; o coletor de urina deve ser fechado, e deve ser trocado se houver quebra de sua integridade; o sistema não deve ser desconectado a menos que haja necessidade de irrigação; deve-se coletar a urina dos pacientes com sonda vesical, na sua porção final para realização de urocultura. Ao esvaziar o coletor de urina, lavar as mãos, usar luva de procedimento, e desprezar a diurese de cada bolsa separadamente, sempre lavando as mãos e trocando as luvas, para evitar contaminação cruzada; durante o transporte do paciente, manter o coletor de urina preso à maca ou cadeira para evitar refluxo de urina, bem como a tração da sonda; critério para indicação de cateterismo vesical e permanência do cateter vesical somente o tempo necessário para o tratamento proposto.

REALIZAR VIGILÂNCIA

Os(as) enfermeiros(as) devem tomar algumas atitudes de prevenção e de tratamento adequados, quanto aos riscos e benefícios do procedimento de cateterismo vesical, direcionando assim a individualização dos cuidados de Enfermagem. Pode-se destacar, ainda, que as medidas de prevenção e as medidas alternativas ao uso do cateterismo se equivalem, sendo assim, o enfermeiro poderá estar prevenindo ocorrência das ITU. Essas estratégias propiciarão à equipe de Enfermagem trabalhar com maior conhecimento, tornando a assistência individualizada e plenamente eficaz⁽⁹⁾.

Assim, entre os fatores de risco para infecção do trato urinário, as análises multivariadas têm demonstrado de maneira constante que a duração do cateter, a inadequação da técnica asséptica de sondagem e a insuficiente ou ineficiente lavagem das mãos são os principais fatores que predis põe o surgimento de infecção do trato urinário nas UTI, revelando a necessidade da capacitação da equipe de Enfermagem na execução de técnicas

e lavagem das mãos, priorizando a boa higienização no atendimento a um paciente^(3,8).

Deve-se investir no conhecimento, para que melhor assistência ao paciente em uso de cateter vesical de demora seja prestada, propiciando à equipe de Enfermagem mais informação, segurança e presteza, tornando possível a diminuição dos índices de infecção do trato urinário e suas complicações nos pacientes criticamente enfermos.

Uma única medida não será suficiente, é preciso adotar uma abordagem mais resolutiva quanto à prevenção de infecção do trato urinário em UTI, possibilitando, portanto, programas com trânsito constante de informações que permitam monitorar e avaliar o cuidado e a educação dos profissionais de saúde, em especial da equipe de Enfermagem que atua na assistência do paciente, visto que o trabalho da equipe multiprofissional é imprescindível para garantir a redução da taxa de infecção do trato urinário relacionada ao uso do cateter vesical de demora.

REFERÊNCIAS

1. David CMN. Infecção em UTI. Medicina (Ribeirão Preto). 1998;31(3): 337-48.
2. Marra A, Barbosa O, Barsanti WS. Controle do foco - Diagnóstico e tratamento. In: Silva E, Othero J, Sogayar ACB. Consenso Brasileiro de Sepsis: disfunção de múltiplos órgãos [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2003 [citado 2009 Jul 2]. Disponível em: <http://www.laadti.unifesp.br/2.pdf>
3. Lucchetti G, da Silva AJ, Ueda SMY, Perez MCD, Mirmica LMJ. Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecção do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica. J Bras Patol Med Lab. 2005;41(6):383-9.
4. Stamm WE. Catheter-associated urinary tract infections: epidemiology, pathogenesis, and prevention. Am J Med. 1991;91(3B):65S-71S.
5. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
6. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. ITU. Rev Assoc Med Bras (1992). 2003;49(1):109-16.
7. Perry AG, Potter PA. Fundamentos de enfermagem. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. v.1, p. 1187-228.
8. Stamm AMNE, Coutinho MSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. Rev Assoc Med Bras (1992). 1999;45(1):27-33.
9. Alves MVMF, Luppi CHB, Paker C. Condutas tomadas pelos enfermeiros, relacionadas ao procedimento de sondagem vesical. Rev Ciênc Ext. 2006;3(1):10-1.
10. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Anexo 4 - Recomendações do plano de avaliação da dor na pessoa em situação crítica realizado pela SPCI



Em 2010, por proposta da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, foi constituído o Grupo de Avaliação da Dor com o objectivo de indicar um instrumento de avaliação da dor do doente internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas.

Em 2011, o Grupo de Avaliação da Dor implementou o Plano Nacional de Avaliação da Dor em 91,5% das Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas com a finalidade de promover o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na área da avaliação da dor em doentes críticos e conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a escala de avaliação da dor que melhor se adequa ao doente crítico, sendo proposto a avaliação das propriedades de duas escalas de avaliação da dor em doentes sedados, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica.

Tendo em consideração a legislação publicada pela Direcção-Geral da Saúde através da Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 considera a dor o “5º sinal vital” e recomenda que o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde; que sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes; tendo que ser realizada a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Após a apresentação dos resultados, o Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos recomenda:

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia,
2. O uso da EVN é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam,
3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjectivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS),
4. A avaliação da dor deve efectuar-se em todos os turnos,
5. A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos),
6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos),
7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais),
8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso,
9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica,
10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto,
11. Após a avaliação da intensidade da Dor, deve efectuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

As recomendações que agora se apresentam constituem uma compilação actualizada de normas, artigos e do estudo realizado a nível nacional.

É relevante e pertinente que se mantenha a plataforma de apoio do Grupo de Avaliação da Dor durante o processo de implementação do procedimento da avaliação da dor nas UCIs, pelo que se mantém disponível para qualquer esclarecimento ou apoio o email gad.spci@gmail.com.

Anexo 5 – Certificados de participação no congresso dos Hospitais 2012

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Vera Lúcia Fonseca Andrade** apresentou o projeto **“Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Alagaliação: Que Intervenção de Enfermagem/ Prática Baseada na Evidência”**, através de Poster, na Exposição de Posters efetuada, no âmbito do **“4º Congresso Internacional dos Hospitais”**, organizado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), realizado no Auditório do INFARMED, nos dias 7, 8 e 9 de novembro de 2012.

Lisboa, 9 de novembro de 2012

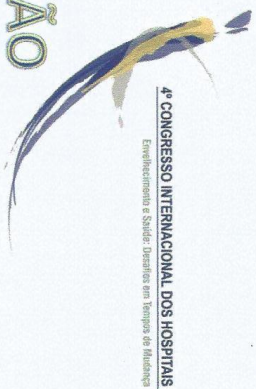
A Presidente da APDH



(Ana Escová)

10 anos
2002-2012

Associação Portuguesa para
o Desenvolvimento Hospitalar

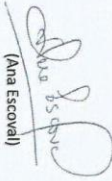




CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Vera Luísa Fomago Brando esteve presente no **4º Congresso Internacional dos Hospitais**, organizado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), realizado no Auditório do INFARMED, nos dias 7, 8 e 9 de novembro de 2012.

Lisboa, 9 de novembro de 2012

A Presidente da APDH

(Ana Escóval)



