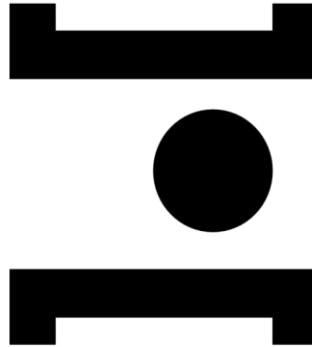


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM
EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Relatório de Estágio

**Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública**

Beatriz Simões Lopes

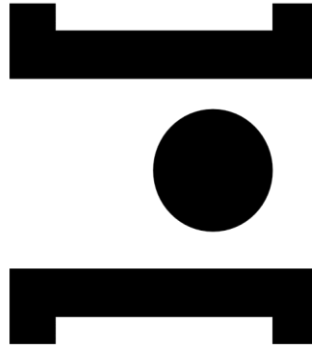
Orientação:

Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Julho, 2024

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM
EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Relatório de Estágio

**Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública**

Beatriz Simões Lopes

Orientação:

Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Julho, 2024

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração a todos aqueles que caminharam a meu lado e tornaram possível a conclusão desta jornada, em especial:

À Professora Doutora Lúgia Monterroso, cuja orientação sábia e incentivo constante foram fundamentais.

À Sr.^a Enfermeira Especialista da Unidade de Cuidados da Comunidade, pela sua disponibilidade, orientação especializada e pelas oportunidades de aprendizagem e crescimento dadas ao longo deste percurso. A sua contribuição foi essencial para a qualidade deste trabalho, e sem dúvida para o meu desenvolvimento enquanto profissional.

À notável Equipa da Unidade de Cuidados Continuados, pela colaboração, partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras.

À família da cirurgia geral, em especial aos meus queridos colegas de profissão, pela paciência, incentivo e preocupação demonstrada ao longo deste percurso.

Por último, mas certamente não menos importante, expresso o meu mais sincero e profundo agradecimento ao meu grande pilar da vida - a minha família. Obrigada pela compreensão pelo tempo que não tive para vos dedicar, pelo apoio e impulso crucial nos momentos mais desafiadores.

E a ti mãe, não tenho palavras para descrever aquilo que representas na minha vida, obrigada por seres a minha sombra, sempre presente e amparando-me em cada passo.

A todos vocês, deixo aqui a minha eterna gratidão.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CAM - Consumo de antimicrobianos

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

DL - Decreto-Lei

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

et al. - entre outros

DiOr-CSP - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários

HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU - Infecção do Trato Urinário

ITUACV - Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical

MS - Ministério da Saúde

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

Sic - sic (assim mesmo)

SPSS® - «Statistical Package for the Social Sciences»

TU - Trato Urinário

UC – Unidade de Competência

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Este relatório de estágio descreve o trabalho desenvolvido para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Na prestação de cuidados identifica-se a problemática das infeções do trato urinário (ITUs) numa comunidade alvo de cuidados domiciliários em cuidados continuados integrados.

Tem como objetivos: aplicar e refletir sobre o projeto de prevenção e controlo das ITU e desenvolver competências específicas.

Utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde e o Modelo Sistémico de Neuman, com análise de dados pelo SPSS®. Através de uma «Scoping Review», emergiram estratégias como entrevistas a enfermeiros, consultas de processos e sessões formativas. O projeto aumentou o conhecimento dos enfermeiros sobre fatores e estratégias de prevenção e controlo de ITUs.

O enfermeiro especialista contribuiu significativamente na educação e sensibilização, implementação de protocolos, vigilância, monitorização, investigação e colaboração interdisciplinar.

Palavras-chave: Cuidados Domiciliários; Infeções do Trato Urinário; Intervenção comunitária; Enfermeiro Especialista; Prevenção e controlo.

PREVENTION OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS IN INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAMS

ABSTRACT

This internship report describes the work conducted to obtain a Master's degree in Community Health and Public Health Nursing. In the provision of care, the issue of urinary tract infections (UTIs) was identified within a community receiving home care under integrated continuous care.

The objectives are to apply and reflect on the project for the prevention and control of UTIs and to develop specific competencies.

The methodology of Health Planning and Neuman's Systems Model was used, with data analysis conducted via SPSS®. Through a Scoping Review, strategies such as interviews with nurses, process consultations, and training sessions emerged. The project enhanced nurses' knowledge about the factors and strategies for the prevention and control of UTIs.

The specialist nurse contributed significantly to education and awareness, protocol implementation, surveillance, risk assessment, monitoring, research, and interdisciplinary collaboration.

Keywords: Home Care; Urinary Tract Infections; Community Intervention; Specialist Nurse; Prevention and Control.

INTRODUÇÃO	11
1- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE	14
2- CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 - INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO	18
2.2 - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	20
2.3 - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE	22
2.4 - MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	25
2.5 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	27
3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	29
3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	31
3.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	32
3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	33
3.4.1 - <i>Scoping Review</i>	34
3.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	36
3.6 - PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO	39
3.6.1 - <i>Entrevistas</i>	39
3.6.2 - <i>Consulta de Processos</i>	41
3.6.3 - <i>Sessões do Projeto</i>	45
3.6.4 - <i>Partilha de Recursos Didáticos</i>	45
3.7 - AVALIAÇÃO	46
4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	50
5 - CONCLUSÃO	52
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES	59
APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO	60

APÊNDICE II – VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO	90
APÊNDICE III – SCOPING REVIEW	92
APÊNDICE IV - AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCC X	132
APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE .	135
APÊNDICE VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM.....	137
APÊNDICE VII - CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.....	139
APÊNDICE VIII - FLYER APRESENTAÇÃO DO PROJETO	142
APÊNDICE IX - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS	144
APÊNDICE X - GRELHA DE CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO DA PESSOA CUIDADA PELA ECCI	149
APÊNDICE XI - DADOS ESTATÍSTICOS (RECURSO AO «SOFTWARE» SPSS ®)	151
APÊNDICE XII- PLANOS DAS SESSÕES.....	171
APÊNDICE XIII - APRESENTAÇÕES EM «POWERPOINT» DAS SESSÕES	175
APÊNDICE XV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO (FORMADOR). 286	
APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	288
APÊNDICE XVII - RECURSOS DIDÁTICOS ELABORADOS.....	291
APÊNDICE XVIII – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO (PARTICIPANTES).....	348
APÊNDICE XIX – APRESENTAÇÃO «POWERPOINT» (SEMINÁRIO INTERCALAR)	354
APÊNDICE XX - APRESENTAÇÃO «POWERPOINT» (SEMINÁRIO FINAL).....	373
ANEXOS	389
ANEXO I - ÍNDICE DE GRAFFAR.....	390
ANEXO II - ESCALA DE MORSE	392
ANEXO III - ESCALA DE BRADEN	407
ANEXO IV - ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL.....	409
ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSO.....	412

ANEXO VI – CERTIFICADO DE ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO.....	414
---	-----

QUADROS

Quadro nº 1- Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem	31
Quadro n.º 2 - Atividades/Estratégias desenvolvidas.....	37
Quadro n.º 3 - Avaliação dos indicadores de Processo.....	48
Quadro n.º 4 - Avaliação dos indicadores de Resultado.....	49

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular "Estágio e Relatório de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública", integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Santarém, e cuja finalidade é o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), através da intervenção na comunidade sustentada em metodologias e referenciais teóricos sólidos. Os objetivos do relatório são refletir sobre estratégias de intervenção que vão ao encontro da situação de saúde/doença de uma comunidade, baseadas em evidência científica, com recurso à «Scoping Review»; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas; e avaliar e analisar os resultados da intervenção especializada do enfermeiro em contexto comunitário.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma preocupação global e "(...) aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde" [Direção-Geral de Saúde (DGS), 2017, p.5]. Das IACS, a Infecção do Trato Urinário (ITU) destaca-se como das mais comuns, e quando associada ao cateter vesical, a taxa de infeção torna-se ainda mais elevada [Center for Disease and Control and Prevention (CDC) & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) 2009; DGS, 2013; European Centre for Disease Prevention and Control, 2013]. É atualmente reconhecido que a ITU é em larga medida evitável quando utilizadas estratégias baseadas na melhor evidência científica disponível. O EEECS, dadas as suas competências profissionais e por ser, frequentemente, o profissional de saúde mais próximo da comunidade, está na posição ideal para implementar estratégias de prevenção baseadas na melhor evidência científica disponível. Em Portugal, a DGS tem desenvolvido estratégias neste âmbito, estabelecendo diretrizes e normas com o objetivo de uniformizar os cuidados de saúde (DGS, 2022). Esta problemática revela-se importante no contexto de cuidados domiciliários pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pois presta cuidados à pessoa com Risco de ITU. A presença de cateter vesical destaca-se como o principal fator de risco, contudo, existem outros fatores que aumentam o risco de ITU, alguns dos quais modificáveis, nomeadamente a baixa literacia em saúde e défice de conhecimentos da pessoa e cuidadores/família

sobre cuidados de higiene, alimentação e hidratação, a não adesão a regimes terapêuticos e vigilância de condições de saúde/doença, entre outros.

O EEECSPP assume um papel preponderante na capacitação das pessoas, grupos ou comunidades, uma vez que possui um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde dos diferentes clientes, reconhecendo-os como sujeitos ativos no seu processo de saúde e detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018]. Ao responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, pretende capacitar para a tomada de decisão sobre processos de saúde, integrando a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde, proporcionando ganhos efetivos em saúde (OE, 2018). Assim, no período de 18 de setembro de 2023 a 01 de fevereiro de 2024, foi desenvolvida uma intervenção comunitária numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no âmbito da segurança do doente, com a finalidade de prevenir e controlar ITU em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCL.

O presente relatório é elaborado com base na metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993) e tem como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Betty Neuman (1995). Para a fundamentação teórica e justificação da intervenção realizou-se uma “Scoping Review”.

Do ponto de vista estrutural, no primeiro capítulo é feita a caracterização do contexto de estágio e da comunidade intervencionada; no segundo surge a concetualização teórica da temática; no terceiro apresenta-se a metodologia do Planeamento em Saúde com plano de intervenção e cronograma de atividades; no quarto são descritas outras atividades realizadas concomitantemente à implementação do projeto; no quinto surgem as conclusões do trabalho. Ao longo de todos os capítulos será realizada uma análise crítica e reflexiva à luz do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), do Regulamento de Competências Específicas do EEECSPP (OE, 2018), do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015) e do Código Deontológico do Enfermeiro. A elaboração deste documento seguiu as normas American Psychological Association, 7ª Edição (2020).

Considerando as diretrizes estabelecidas no Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE, conforme republicado pela Lei n.º 156/2015, 16 de setembro, artigo 106º, alínea d), o enfermeiro, sujeito ao dever do sigilo profissional assume o dever de “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado

em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados." Diante desta premissa, os nomes de pessoas, comunidades, unidades e respetivo concelho intervencionados serão ocultados e o nome da unidade será substituído por "UCC X".

1- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE

No percurso de obtenção do grau de mestre e de especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi definido como local de estágio a UCC X, no período compreendido entre 18 de setembro de 2023 e 2 de fevereiro de 2024, totalizando 480 horas.

O Decreto-Lei (DL) n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelo DL n.º 137/2013, de 7 de outubro, cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Sistema Nacional de Saúde, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Os ACES organizam-se em diferentes unidades funcionais com equipas multiprofissionais, sendo elas as Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais e Partilhados e outras unidades/serviços que venham a ser considerados necessários.

A UCC X está inserida num concelho da região de Lisboa e Vale do Tejo. Tendo como referência o modelo sistémico de Betty Neuman (1995), considerou-se a comunidade desse concelho um sistema aberto em constante interação e mudança com o ambiente, com contextos intrasistémico e intersistémico próprios. Relativamente ao contexto intrasistémico, o Concelho X apresenta-se como um dos vinte e um concelhos do distrito que integra. O concelho ocupa aproximadamente 160 km², estando bem servido por vias rodoviárias e ferroviárias (Câmara Municipal X, s.d.). A população residente é de 23.186 (Pordata, 2021), o que representa um número médio de indivíduos de 146,6 por km², superior à grande maioria dos concelhos de proximidade, contudo este número tem vindo a decrescer nos últimos anos. Em resumo, ao longo dos anos tem-se observado uma diminuição no número de jovens e na população em idade ativa, contrariamente ao número de idosos (Pordata, 2021). Este padrão reflete uma tendência demográfica semelhante à observada na população de Portugal. Considerando o contexto intersistémico, o concelho é formado por vários subsistemas em interação, dos quais se destacam os subsistemas cultural, social, saúde, segurança, educativo, recreativo e ambiental, representando os recursos existentes na comunidade (Quadro n.º 1 – Apêndice I).

A UCC X é uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário (UCC X, 2023). Os cuidados

prestados visam, especialmente, as pessoas/famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença (UCC X, 2023). De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, a unidade pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra [Ministério da Saúde (MS), 2009]. É dotada de autonomia organizativa, técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional, indispensável à concretização da sua missão (MS, 2009).

A UCC X foi criada a 8 de fevereiro de 2010, com a homologação do parecer técnico pela Administração Regional de Saúde. Funciona nos dias úteis das 8 às 18 horas, operando numa base populacional e é responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoas residentes de forma permanente ou temporária na área geográfica do concelho X (UCC X, 2023). A unidade funciona ainda aos fins de semana e feriados com os enfermeiros da ECCI em horário pré-definido. De acordo com os Censos 2021 do Instituto Nacional de Estatística (2022) tem uma população residente de 23.337 habitantes. Relativamente aos Índices de Dependência, o dos jovens é de 18,91%, o dos Idosos é de 39,96% e o total de 58,87%.

A unidade é coordenada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, e composta por mais nove enfermeiros, um fisioterapeuta, um assistente social, um assistente técnico, um cardiopneumologista, um higienista oral, um técnico de saúde ambiental e um médico. A equipa pretende ser vista como uma referência de boas práticas de prestação de cuidados de proximidade, com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos cidadãos/famílias/grupos mais vulneráveis, em complementaridade com outras Unidades Funcionais e parceiros/setores da comunidade (UCC X, 2023).

Os Valores da equipa são:

- 1) Articulação com as outras Unidades Funcionais do ACES e parceria com estruturas da comunidade local;
- 2) Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, cumprindo Plano de Ação e Orientações Técnicas;
- 3) Cooperação entre todos os profissionais garantindo a continuidade, acessibilidade e globalidade de cuidados de saúde;
- 4) Garantia da satisfação dos cidadãos/famílias/grupos e profissionais;
- 5) Gestão participada, assente num sistema de comunicação entre todos;
- 6) Procura de excelência através de uma avaliação contínua (objetiva e permanente), adotando medidas corretivas aos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação e qualidade de cuidados;

7) Trabalho em equipa, com planos de intervenção conjuntos, integrados e articulados, envolvendo cidadãos/famílias/grupos/comunidade alvo da nossa intervenção. (UCC X, 2023).

A UCC X tem na sua carteira de serviços os seguintes programas/projetos:

- 1) Saúde Escolar;
- 2) ECCI;
- 3) Apoio à população com Problemas Ligados ao Álcool;
- 4) Apoio à população com problemas de Saúde Mental;
- 5) Classe de Mobilidade de Prevenção de Quedas/Combater a Osteoporose;
- 6) Classe de Mobilidade “Conquistar melhor saúde óssea” (Osteoartrose);
- 7) Classe de Mobilidade “Proteger e cuidar, para enfrentar a dor”;
- 8) Parentalidade;
- 9) Projeto de Intervenção dirigida a utentes com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/Asma;
- 10) Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- 11) Equipa de Prevenção de Violência em Adultos;
- 12) Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua. (UCC X, 2023)

Para além destes, a UCC X participa em parceria na Rede Social, na Equipa Comunitária de Saúde Mental, no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, na Comissão de Proteção Crianças e Jovens e no Núcleo Local de Inserção.

Para 2023, resultante do plano de Ação negociado, o Índice de Desempenho Global previsto atingir pela UCC X é de 84,36%, com enfoque no plano de melhoria dirigido às áreas de: melhoria e qualificação do acesso a diferentes níveis, qualificação da prescrição, qualificação da discussão clínica e da referenciação hospitalar, “segurança dos utentes” nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, satisfação (utentes e profissionais) e intervenção nas subáreas a necessitarem de melhoria (UCC X, 2023). A dimensão “segurança de utentes” foi uma das dimensões contratualizada na área da qualidade organizacional. No âmbito desta

dimensão está inserido um dos Indicadores com impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global, o indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”.

Os problemas apresentados no Plano de Ação foram:

- 1) Baixa proporção de turmas abrangidas pelo Plano Nacional de Saúde Escolar;
- 2) Inexistência do Manual de Boas Práticas e de procedimentos;
- 3) Baixa proporção de pessoas cuidadas com ganho na gestão de «stress» do prestador de cuidados;
- 4) Inexistência de projeto de intervenção para utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/Asma;
- 5) Não certificação da Unidade. (UCC X, 2023)

Atendendo que a “segurança do utente” é um ponto fraco identificado no diagnóstico de saúde, decidimos aprofundar esta dimensão de modo a colmatar uma necessidade da ECCI da UCC X. A ECCI é parte integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que tem responsabilidade partilhada dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, e baseia-se na intervenção multidisciplinar ao nível da gestão e prestação de cuidados a utentes e seus cuidadores. O objetivo geral da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (MS, 2006). Esta divide-se em diversas unidades de internamento e ambulatório, enquadrando-se a ECCI nas unidades de ambulatório.

De acordo com a Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, a ECCI “(...) presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (...)”, promovendo o envolvimento dos familiares ou cuidadores informais. Os cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de promoção de saúde, preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos, promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência, o apoio psicossocial e de terapia ocupacional, a educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, o apoio na satisfação das necessidades básicas, a ajuda na interação cliente/família e a ajuda para aquisição de competências de autocuidado são alguns dos serviços proporcionados pela ECCI (MS, 2009).

2- CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática, baseados na literatura. Relaciona-se a temática de ITU, enquanto IACS, com documentação reguladora da qualidade dos cuidados de saúde nacionais, o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman e o papel do EEECS. Pretende-se que seja um contributo para a compreensão da temática do projeto.

Nesta fase do relatório, consideramos essencial esclarecer que a centralidade deste relatório e projeto reside na pessoa cuidada. Diante da multiplicidade de termos sinónimos de "pessoa cuidada" presentes na literatura, como "utente", "doente" e "cliente", optámos por utilizar preferencialmente o termo "pessoa cuidada". Este último é o que melhor reflete a diversidade de contextos em que os cuidados de saúde são prestados e reconhece a dignidade e a singularidade de cada pessoa. É importante notar que os outros termos também serão utilizados, pois a terminologia mais frequentemente utilizada pela equipa da UCC X é "utente", enquanto, na documentação orientadora e legislativa de âmbito nacional, surge o termo "doente". Por sua vez, "cliente" é a terminologia adotada pela OE.

2.1 - INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO

A ITU consiste numa inflamação, devido a colonização e reprodução de um ou mais agentes patogénicos, no trato urinário (TU). Podem ser classificadas com base na estrutura afetada (Bizo et al., 2021) – TU inferior ou TU superior – ou sintomatologia associada (Araújo et al., 2021; CDC, 2021). Quando ocorrem no TU inferior são designadas de cistites (bexiga) e uretrites (uretra), e no TU superior de pielonefrites (rins) (Bizo et al., 2021).

De acordo com a CDC (2021),

UTIs are common infections that happen when bacteria, often from the skin or rectum, enter the urethra, and infect the urinary tract. The infections can affect several parts of the urinary tract, but the most common type is a bladder infection (cystitis). Kidney infection (pyelonephritis) is another type of UTI. They're less common, but more serious than bladder infections.¹

¹ Tradução feita pelo autor do relatório: As ITUs são infeções comuns que ocorrem quando bactérias, frequentemente da pele ou do reto, entram na uretra e infetam o trato urinário. As infeções podem afetar várias partes do trato urinário, mas o tipo mais comum é a infeção da bexiga (cistite). A infeção renal (pielonefrite) é outro tipo de ITU. Elas são menos comuns, mas mais graves do que as infeções da bexiga.

Os sintomas da ITU inferior mais comuns são polaquiúria, disúria, urgência urinária, hematúria, odor fétido na urina, algias na região supra púbica, incontinência urinária e/ou tenesmo vesical. Esta apresenta-se fundamentalmente, em mulheres sem doenças de base e sem anomalias funcionais ou estruturais, principalmente entre os 18 e 39 anos, coincidindo com a idade de máxima atividade sexual (CDC, 2021). Na ITU superior, para além dos sintomas anteriores, pode ocorrer algia na região do flanco, náuseas, vômitos, febre e piúria (Barbosa, 2021; Bizo et al., 2021; CDC, 2021; Marques-Vieira, Sousa e Baixinho, 2021). Em casos mais graves, sem tratamento dirigido, as ITUs podem evoluir para uma septicémia e/ou óbito (Araújo et al., 2021).

As ITUs são a segunda infeção mais frequente na comunidade, seguida das infeções do trato respiratório (Costa et. Al., 2009), o que representa uma causa major de morbidade e mortalidade (Barbosa, 2021). Neste contexto, o agente infeccioso mais comum de ITU é a *Escherichia Coli* (cerca de 80% dos casos) (CDC, 2021).

A sua etiologia tem carácter multifatorial. As mulheres, por características anatómicas específicas como a uretra mais curta e a proximidade do TU com a região perianal, têm maior risco de desenvolvimento de ITU comparativamente com o sexo masculino (CDC, 2021; Araújo et al., 2021; Calegari, 2020). A adoção de medidas preventivas e educativas sobre hábitos higiénicos na evacuação são fundamentais para diminuir este risco (Araújo et al., 2021; Calegari, 2020).

Outro fator que aumenta o Risco de ITU é a presença de dispositivos médicos como o cateter vesical (Marques-Vieira et al., 2021), a própria técnica de colocação e o seu uso crónico (Araújo et al., 2021). Outros fatores de risco são a presença de diabetes, doenças neurológicas/demência, alterações prostáticas e incontinência urinária/fecal com conseqüente uso de fralda (Marques-Vieira et al., 2021), obesidade, imunidade suprimida, tumores (Araújo et al., 2021), hiperplasia benigna da próstata e maior dependência no autocuidado (Calegari, 2020).

De acordo com a CDC (2021), ITUs prévias, prática de atividade sexual, alterações na flora vaginal características da menopausa ou decorrentes da utilização de espermicidas, gravidez, ser adulto mais velho ou criança, ter problemas estruturais ou patologias associadas ao TU, como por exemplo hiperplasia da próstata, maus hábitos de higiene (CDC, 2021).

Relativamente à pessoa idosa, o diagnóstico numa fase inicial pode ser complicado, devido a ausência típica do processo infeccioso e à apresentação de um declínio abrupto funcional e/ou alterações no estado mental/cognitivo (Calegari, 2020). O diagnóstico faz-se mediante a avaliação de sinais e sintomas e a realização de exames à urina - exame sumário à urina e exame de urina asséptica (Barbosa, 2021).

Esta última análise identifica o microorganismo responsável pela infeção e os respetivos antibióticos para os quais se verifica sensibilidade. Contudo, a utilização indevida de antibióticos tem originado resistências antibióticas, limitando tratamentos futuros.

O tratamento pode ser feito através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções farmacológicas centram-se principalmente em antibioterapia prescrita por um médico com base numa avaliação clínica, com o objetivo de melhorar a sintomatologia e erradicar as bactérias do TU [Associação Portuguesa de Urologia (APU), 2018]. Outros medicamentos e substâncias naturais têm vindo a ser alvo de estudos, já com alguma eficácia comprovada tais como o arando, o D-manose e Propolis, o Estriol vaginal a imunoterapia e a instilação endovesical de ácido hialurónico (Barbosa, 2021). Relativamente a medidas não farmacológicas de prevenção de ITU, estas incluem medidas comportamentais, como a higiene das mãos, ingestão adequada de líquidos (35ml/kg/dia), a correta higienização dos genitais (limpeza sempre no sentido da vagina para o ânus, com água corrente e sabonetes de Ph neutro, evitando banhos de imersão, duches vaginais e utilização de espermicidas), o uso de roupa adequada, dando preferência a roupa interior de algodão e evitando roupa apertada e pensos diários, a higienização dos genitais prévia a atividades sexuais e a realização de higiene perineal e micção precoce (APU, 2018; CDC, 2021; FEBRASGO, 2021).

2.2 - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As ITUs, quando associadas ao uso de cateter vesical, podem ser consideradas IACS. As IACS são uma preocupação global e “(...) aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde” (DGS, 2017, p.5). Partindo de um diagnóstico de situação já iniciado, foi identificado como diagnóstico de enfermagem comunitária prioritário o Risco de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em visita domiciliária pela ECCI. Das IACS, a ITU destaca-se como das mais comuns, e quando associada ao cateter vesical, a taxa de infeção torna-se ainda mais elevada (CDC e HICPAC, 2009; DGS, 2013). É atualmente reconhecido que as ITUs são em larga medida evitáveis quando utilizadas estratégias baseadas na melhor evidência científica. A presença de cateter vesical representa o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de ITU. As recomendações são para a sua utilização apenas quando indicação clínica apropriada e a sua remoção o mais breve possível. A nível internacional, o CDC, em colaboração com outras organizações, desenvolveu diretrizes para a prevenção Infeção do Trato Urinário Associada ao Cateter

Vesical (ITUACV) - «Guideline for Prevention of Catheter-associated urinary track infections 2009», revista em 2015. Trata-se de uma diretriz baseada numa revisão sistemática sobre prevenção de ITUACV. As diretrizes incidem nas seguintes temáticas: uso adequado de cateter urinário; técnicas adequadas para inserção de cateter urinário; técnicas adequadas para manutenção do cateter urinário; programas de melhoria de qualidade; infraestrutura administrativa; e vigilância (CDC, 2015).

No âmbito dos programas, alguns dos exemplos que demonstraram ser eficazes incluem a utilização de sistemas de alertas ou lembretes para identificação da pessoa cuidada com cateter vesical e avaliação da necessidade da sua permanência, diretrizes e protocolos para remoção de cateteres vesicais orientados por enfermeiros, feedback sobre educação e desempenho em relação à utilização e manutenção do cateter e sobre higiene das mãos e diretrizes/algoritmos para gestão adequada do cateter em contexto perioperatório (CDC, 2015).

A literatura destaca assim a importância dos enfermeiros em práticas preventivas de ITU, através de intervenções de capacitação e envolvimento dos enfermeiros nesta área, boas práticas no âmbito da inserção, manutenção e remoção do cateter vesical e adequada higiene das mãos (Junior et al., 2022; Machado et al., 2023; Ribeiro, Chaves e Reis, 2024).

Em Portugal, a DGS tem desenvolvido estratégias neste âmbito, estabelecendo diretrizes e normas com o objetivo de uniformizar os cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a Prevenção ITUACV (DGS, 2022). Com a criação da norma 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, teve como objetivo uniformizar os cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível (DGS, 2022). Os feixes de intervenção revelam-se dinâmicos, podendo evoluir no tempo, refletindo o conhecimento e as características dos serviços (DGS, 2022). A norma apresenta as intervenções que devem ser implementadas, no doente submetido a cateterização vesical, para prevenir a ITUACV, categorizando-as de acordo com os níveis de evidência do CDC/HICPAC. Na prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterização vesical, devem ser realizadas ações de forma sistemática e uniforme no âmbito de plano de cuidados multidisciplinar a individualizar ao doente (DGS, 2022). Trata-se de uma norma que dado o seu amplo contexto de intervenção se adequa à prestação dos cuidados de saúde da UCC X, especificamente ao contexto de intervenção em cuidados domiciliários pela ECCI. A UCC X, enquanto unidade funcional prestadora de cuidados à pessoa submetida a cateterização vesical, tem de direcionar a sua intervenção ao diagnóstico de Risco de ITU, desempenhando os enfermeiros da

equipa um papel fundamental na promoção das melhores práticas na prevenção da ITUACV.

Em contexto domiciliário, a complexidade dos ambientes de trabalho dificulta a padronização de diretrizes para a prevenção e controlo de infeções, destacando-se a importância do acesso a materiais apropriados e da higiene pessoal das pessoas cuidadas (Maelegheer et al., 2020). A transição do cuidado hospitalar para o domiciliário traz novas necessidades, especialmente no controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Estudos, como o do Flemish Infection Control Group, enfatizam a importância da higiene, tratamento de feridas e administração de terapêutica, destacando a necessidade de formação específica dos enfermeiros em cuidados domiciliários (Maelegheer et al., 2020). A presença de dispositivos médicos no domicílio e o risco aumentado de infeções reforçam essa necessidade. Conclui-se que é crucial a formação contínua dos profissionais e a procura pela acreditação de unidades de cuidados domiciliários para uma eficaz prevenção e controlo de IACS.

2.3 - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

O conceito de qualidade, intimamente interligado com o de segurança do doente/pessoa cuidada, tem surgido cada vez mais associado aos cuidados de saúde, às funções de governação, coordenação e ação local. Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os sete conceitos básicos da qualidade, ao declarar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no “doente”, equitativos e seguros. Por sua vez, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2020), referenciada pela OMS (2020), priorizou a eficácia, a segurança e atenção nos “doentes” como as três dimensões da qualidade. Mais recentemente, o quadro da OMS sobre Serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas descreveu “cuidados de alta qualidade” como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (OMS, 2020). Curiosamente, a segurança dos “doentes” e os cuidados seguros surgem em nestas definições. De salientar que a primeira é reconhecida como “(...) um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados (...)” (OMS, 2020).

Em Portugal, a Direção-Geral de Saúde criou o Departamento da Qualidade na Saúde, o qual assume o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e tem como principal missão a potencialização e reconhecimento da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde (DGS, 2022). Das suas prioridades destacam-se a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a

normas de orientação clínica, o reforço da segurança do doente, a monitorização permanente da qualidade e segurança e o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde através da sua certificação e acreditação (MS, 2015). Tanto a qualidade, como a segurança no sistema de saúde “(...) são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.” (MS, 2015).

Estando definido o conceito de “qualidade”, importa definir o conceito de “segurança do doente.” A OMS (2020) define segurança do doente como “ausência de danos passíveis de prevenção causados ao doente durante o processo de cuidados de saúde. A disciplina da segurança do doente é o esforço coordenado para evitar que os danos resultantes do próprio processo da prestação de cuidados ocorram nos doentes.”. A segurança e efetividade dos cuidados de saúde prestados são condicionados pelo contexto e condições de prestação dos mesmos. A DGS (2022) defende que os recursos existentes, nomeadamente recursos humanos como a dotação e adequação dos profissionais e equipas de saúde, bem como a sua formação, e recursos materiais: metodologia organizativa do trabalho, as ferramentas e instrumentos existentes, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes da segurança dos cuidados prestados.

No PNSD, destacam-se como problemáticas as IACS e as resistências aos antimicrobianos, sendo um dos objetivos estratégicos a redução de ambas (DGS, 2022). Nesse mesmo plano são apresentadas ações para a consecução desse objetivo, nomeadamente:

- a) Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;
- b) Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;
- c) Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das bundles de prevenção de IACS;
- d) Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais;
- e) Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro;

f) Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicrobianos (CAM) e RAM, assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade. (DGS, 2022).

Partindo de documentação reguladora da qualidade dos cuidados de saúde nacionais prestados pelas unidades funcionais podemos correlacionar a temática do projeto com a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários e com o Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica. Atualmente o instrumento utilizado com o intuito de avaliar e monitorizar a qualidade organizacional das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde em Portugal é a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Grelha DiOr-CSP). Todas as unidades funcionais são avaliadas e monitorizadas com base no cumprimento dos seus critérios. Este projeto desenvolvido no âmbito da prevenção e controlo de ITUs enquadra-se especificamente no domínio da Segurança do doente, critério B - Identificação de riscos para a “segurança do utente” da Grelha DiOr-CSP, na premissa de que “São identificados os riscos para a segurança do utente e incorporadas boas práticas para prevenir incidentes de segurança” (Administração Central do Sistema Saúde, IP, 2019). De acordo com a grelha é preconizada a existência de um procedimento de trabalho no âmbito da temática e a monitorização do seu cumprimento por meio de processos de auditoria.

Ao Departamento de Qualidade na Saúde compete-lhe o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde através da sua certificação e acreditação, por emissão de um certificado. Este é o reconhecimento da conformidade de especificações e standards estabelecidos nos diferentes Manuais de Standards e demais requisitos do modelo de certificação do Ministério da Saúde. O Departamento de Qualidade na Saúde desenvolveu o Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica, com a nomenclatura de ME 5 1_08, com base no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da «Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia», e constitui uma ferramenta que auxilia unidades de gestão clínica a desenvolver, progredir e melhorar de forma contínua a sua cultura de qualidade com base num padrão de referência («standards»). A temática da Segurança surge como um dos blocos do Manual de Standards de Unidades de Gestão Clínica (2022). O projeto desenvolvido enquadra-se no âmbito da segurança do doente, temática inserida no domínio da certificação, especificamente no bloco 3, critério 5, standard “A Unidade incorpora boas práticas para prevenir e controlar as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde” conforme definido no Manual de

Standards Unidades de Gestão Clínica (DGS, 2023). Tem como propósito: “Implementar práticas seguras recomendadas pelo PNSD e organismos nacionais e internacionais de reconhecido prestígio para a prevenção e controlo das infeções relacionadas com a prestação assistencial, que sejam aplicáveis no âmbito de atuação da Unidade” (DGS, 2023).

2.4 - MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Neuman é uma abordagem holística que reconhece a pessoa como um ser inteiro e integrado, e incentiva um foco interdisciplinar na promoção da saúde, manutenção do bem-estar, prevenção e gestão de «stressores» (Jukes e Spencer, 2007). O projeto sustentado no modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman (1995), centra-se na atuação em fatores de «stress» provenientes do ambiente externo e interno sobre os sistemas abertos, dinâmicos e flexíveis - indivíduo, família, comunidade e a sua reação e adaptação perante os mesmos. Esta abordagem visa alcançar o bem-estar ótimo - maior grau possível de estabilidade do sistema em um determinado momento.

Considerando este modelo aplicado em contexto de cuidados de saúde primários, este poderá ser aplicado ao indivíduo, família, grupo e/ou comunidade. Nesta situação é aplicado a uma comunidade de pessoas cuidadas pelas ECCI, em contexto de cuidados domiciliários.

O sistema(comunidade) está sujeito a «stressores» que podem afetar o seu bem-estar. Os «stressores» são definidos como estímulos de tensão com o potencial de causar a instabilidade do sistema (Neuman, 1995), provocando efeitos negativos ou positivos no sistema, afetando a estabilidade do seu núcleo central. Segundo esta conceção, cabe ao enfermeiro a identificação de tais «stressores» e a adoção de estratégias que minimizem os seus efeitos, a fim de alcançarem um estado de bem-estar (George, 2000). Desse modo, o enfermeiro contribui para o fortalecimento da linha de defesa do sistema, favorecendo a sua adaptação, estabilidade e integridade, prevenindo a enfermidade.

Segundo esta perspetiva teórica, o sistema aberto é composto por variáveis fisiológicas - relativas à anatomofisiologia; psicológicas - relativas aos processos mentais e relacionamentos; socioculturais - relativas às atividades sociais e culturais; e espirituais - relativas às crenças espirituais, em constante interação com os

«*stressores*» do meio interno e/ou externo (George, 2000), as quais foram identificadas na caracterização da comunidade. Ao considerar a teoria de Betty Neuman aplicada a uma comunidade para a prevenção de ITU, é essencial ver a comunidade como um sistema complexo e interconectado.

Na temática do projeto, existem fatores de risco e fatores protetores associados que são reconhecidos como «*stressores*», tais como a presença de cateter vesical, a baixa literacia em saúde e défice de conhecimentos da pessoa e cuidadores/família, não adesão a regimes terapêuticos e vigilância de condições de saúde/doença, negligência nos cuidados de higiene, de alimentação e hidratação, condições sanitárias inadequadas, acesso limitado a serviços de saúde e fatores socioeconômicos.

De acordo com Neuman (1995), as intervenções de enfermagem visam a adaptação do sistema, através da retenção, recuperação ou manutenção da estabilidade das variáveis e os «*stressores*» ambientais, através da prevenção primária, secundária e terciária, com um "enfoque na conservação de energia.". As estratégias de prevenção primária vão permitir o fortalecimento da linha flexível de defesa; as secundárias fortalecem as linhas de resistência; e as terciárias vão manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema do cliente. Na linha de defesa Primária incluem-se intervenções que reduzem a exposição da comunidade aos «*stressores*», tais como a melhoria de condições de sanitárias, projetos de educação sobre higiene pessoal e ingestão de água. Na linha de Defesa Secundária incluem-se estratégias epidemiológicas como a identificação precoce de infeções. Na Linha de Defesa Terciária inserem-se estratégias de reabilitação e prevenção através de cuidados continuados, apoio e acompanhamento de casos na comunidade. O desenvolvimento de um projeto no âmbito da prevenção e controlo de ITU abrangente, com base nas necessidades e «*stressores*» identificado revela-se uma iniciativa eficaz de prestação de cuidados de qualidade. Importa fazer mapeamento dos principais fatores de risco para ITU na comunidade, realizar sessões informativas e educativas sobre prevenção e controlo de ITU, monitorizar a incidência de ITU na comunidade e adaptar os programas conforme necessário, com base nos resultados obtidos e feedback dos membros da comunidade.

2.5 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) refere que, o EEECS, ao desenvolver a sua prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e consequentemente possui elevada capacidade de resposta às suas necessidades. Este contribui para o processo de capacitação da pessoa/comunidade através da integração de programas e projeto de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde.

Segundo o Regulamento 428/2018 da OE, as competências específicas do EEECS são:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Com o projeto pretende-se desenvolver as competências anteriormente apresentadas. Destaca-se como metodologia de avaliação do estado de saúde da comunidade o Planeamento em Saúde. Enquanto processo contínuo e dinâmico, tem como objetivo fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis.

Pela natureza dos cuidados que o EEECS presta, este adota em toda a sua ação uma abordagem sistémica e de promoção da saúde, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995). De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o EEECS tem como alvo das suas intervenções os grupos e as comunidades e apoia-os no sentido de alcançarem o máximo potencial de saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença (OE, 2011). A promoção da saúde evidencia ser uma ferramenta de capacitação das comunidades, em controlar e melhorar a sua saúde.

Enquanto futura EEECS importa refletir sobre as contribuições do enfermeiro especialista no desenvolvimento de projetos de saúde comunitária a diversos níveis,

através da prática baseada na evidência. No período compreendido entre 18 de setembro de 2023 e 01 de fevereiro de 2024, foi implementada uma intervenção comunitária no âmbito da segurança do doente, com o objetivo prevenir e controlar ITUs em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCL da UCC X. O projeto individual de intervenção comunitária desenvolvido ao longo deste estágio intitulado de “Prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em equipas de cuidados continuados integrados” contemplou a minha total integração, com duas finalidades principais: desenvolver-me enquanto enfermeira mestre e especialista e promover o desenvolvimento da comunidade intervencionada, com vista a capacitar e melhorar a saúde desta comunidade.

A OMS realça o papel dos enfermeiros na promoção da saúde e prevenção da doença, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a concretizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham (OE, 2006). O papel do enfermeiro especialista é crucial para alcançar as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Neste âmbito, o EEECS, pelas suas competências, tem um papel fundamental na implementação de programas de saúde e projetos de intervenção na comunidade para a prevenção e controlo de ITU, em contexto domiciliário. Enquanto responsabilidade de toda a sociedade, a saúde e a sua ausência acontecem em todos os contextos, neste caso específico é necessário agir sobre o contexto domiciliário no sentido de o tornar favorável à preservação de saúde.

3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde é “definido como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.”. É constituído por oito etapas - 1) Diagnóstico de Situação; 2) Definição de Prioridades; 3) Fixação de Objetivos; 4) Seleção de Estratégias; 5) Elaboração de programas/projetos; 6) Preparação da execução; 7) Execução; e 8) Avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993). A metodologia preconiza a identificação de problemas da comunidade com o objetivo de influenciar positivamente os seus comportamentos e estilos de vida, visando a promoção da utilização adequada dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Indo ao encontro da primeira competência específica do EEECS, expressa no Regulamento da OE n.º428/2018 - “a) estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;(...)” (OE, 2018), a metodologia utilizada foi a metodologia do planeamento em saúde. Posto isto foi identificado um problema presente na comunidade da UCC X e estabelecido um diagnóstico de situação, priorizada a sua intervenção e delineado todo o processo, com racionalização dos recursos disponíveis, com o objetivo de influenciar positivamente a comunidade.

Na primeira semana de estágio elaborou-se um cronograma de atividades (Cronograma de Atividades - Apêndice I) que se constituiu numa ferramenta imprescindível, pois permitiu organizar as atividades necessárias desenvolver para atingir os objetivos propostos para este estágio.

3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na primeira etapa do Planeamento em Saúde são identificados os problemas, necessidades, grupos de risco, recursos e outros da comunidade em estudo. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011), os métodos de colheita de dados agrupam-se em duas categorias: os que são diretamente observados ou através do que é transmitido ao indivíduo que recolhe os dados, tais como, os métodos de recolha direta de dados como as entrevistas de informação, a observação participativa, e os métodos de colheita de dados através de consulta de registos, pesquisa bibliográfica, leitura e análise dos

documentos relevantes da UCC com o objetivo de complementar informação para a realização de um diagnóstico de enfermagem mais consistente.

No sentido de perceber as necessidades de saúde, relacioná-las com a procura e a oferta dos serviços disponibilizados na área em estudo, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC X. Dessa reunião tomou-se conhecimento dos programas e projetos em vigor na unidade, assim como foram disponibilizados documentos específicos, nomeadamente plano ação e relatório de atividades que permitiram caracterizar a comunidade em estudo. Para além disso foram ainda recolhidos alguns dados estatísticos «online». De acordo com Melo (2020) uma rigorosa colheita de dados é determinante para o delineamento e priorização de problemas e necessidades (Melo, 2020).

A dimensão “segurança de utentes” é uma das dimensões contratualizada pela UCC na área da qualidade organizacional. Nessa dimensão estão inseridas diferentes áreas com necessidade de intervenção no âmbito da UCC X nomeadamente:

- "Segurança da comunicação";
- "Identificação inequívoca dos utentes";
- "Prevenção de quedas";
- "Prevenção de úlceras de pressão";
- "Prevenção de incidentes";
- "Prevenir as infeções e as resistências a antimicrobianos".

Com base nessas áreas foram elaborados os seguintes diagnósticos:

- Comunicação comprometida;
- Risco de Queda;
- Risco de úlcera de pressão;
- Falta de conhecimento sobre medidas de segurança;
- Risco de Infeção;
- Risco de complicação associada aos cuidados de saúde.

A formulação dos diagnósticos foi efetuada pela taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem uma vez que é a linguagem utilizada pelos profissionais de enfermagem, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.

O diagnóstico de situação foi elaborado pela equipa que constitui a UCC, no entanto, não existiam respostas de planeamento em saúde e as estratégias definidas para intervir não estavam devidamente planificadas.

As atividades desenvolvidas nesta etapa permitiram adquirir a competência 1.1 — Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após identificação dos problemas de saúde, prossegue-se para um processo de tomada de decisão caracterizado pela definição de prioridades. Constituindo uma etapa fundamental do planeamento em saúde, o processo de estabelecimento de prioridades permite identificar, num determinado momento, os problemas prioritários a intervir numa determinada comunidade.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) definição de prioridades é a etapa do planeamento em saúde que determina a fixação dos objetivos, permite a implementação de planos pertinentes com uma utilização adequada dos recursos disponíveis. Segundo os mesmos autores deve ter-se em consideração a variável tempo (execução do projeto) nesta etapa.

Neste projeto, faremos uma análise das prioridades aplicando os três critérios clássicos de cariz epidemiológico - magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Sousa et al (2017) e Teixeira (2010) descrevem a magnitude como a importância e dimensão atribuída ao problema; a transcendência como a medida de relevância social, do reconhecimento atribuído a um determinado evento pela população e do desejo da sua resolução; e a vulnerabilidade como a possibilidade e permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção. Estes critérios foram aplicados a cada um dos diagnósticos de enfermagem, pelos elementos da equipa de intervenção e peritos na área. Codificámos os resultados obtidos com recurso a símbolos (+), assim a correspondência atribuída por nós foi: baixo impacto 25% (+); impacto médio [>25% a 50%] (++); elevado impacto [>50% a 75,0%]; maior impacto [>75% a 100%] (++++). O total foi obtido pelo somatório dos símbolos atribuídos a cada um dos três critérios. O quadro n.º 1 esquematiza a aplicação dos critérios e os resultados obtidos:

Quadro nº 1: Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Comunicação comprometida	+	++	+	4
Risco de Queda	++	+	++	5
Risco de úlcera de pressão;	+++	++	++	7
Falta de conhecimento sobre medidas de segurança	+++	++++	++	9
Risco de Infecção	++++	+++	+++	10
Risco complicação associada aos cuidados de saúde.	+++	+++	+	7

A atividade realizada teve como objetivo atender ao critério 1.2.1 — Utiliza critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.” (OE, 2018). Considerou-se prioritário intervir no diagnóstico de Risco de Infecção.

No presente estudo, definiu-se como população, os enfermeiros da ECCI e pessoa cuidada em contexto de ECCI. Segundo Fortin (2009), população são todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios determinados para o estudo, sendo o que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. Dada a abrangência do diagnóstico, após discussão com a equipa da UCC e peritos na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e integração da sua análise e conhecimento especializado, optou-se pela intervenção direta no diagnóstico de Risco de ITU na comunidade de pessoas cuidadas em cuidados domiciliários pela ECCI, revelando-se a pessoa/comunidade como a principal prioridade do projeto.

Para a validação do diagnóstico com a comunidade foi realizada uma sessão presencial com a equipa de enfermagem que constitui a ECCI da UCC X. Dos sete enfermeiros que constituem a ECCI, estiveram presentes seis. Após interpretação dos dados recolhidos, concluímos que a perceção da equipa sobre a prevalência de ITU em ECCI varia entre prevalência moderada a muito elevada, 50% considera muito elevada (3 enfermeiros), 17% elevada (1) e 33% moderada (2 enfermeiros). Quando questionados sobre o Risco atual de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI, 3 enfermeiros (50%) consideram Risco Alto, 1 Risco Médio (17%) e 2 Risco Muito Alto (33%) (Apêndice II). O resultado da sessão permitiu aferir quais as necessidades sentidas pela equipa.

Estas atividades permitiram adquirir a Unidade de Competência (UC): 1.2: “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (OE, 2018).

3.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir, pois, só assim é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori e Giraldes, 1993).

Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992). Assim, define-se como objetivo geral desenvolver um projeto de enfermagem comunitária de modo a

prevenir e controlar a ITU em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCI da UCC.

Como objetivos específicos do projeto pretende-se:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros da equipa sobre o risco de ITU na pessoa cuidada;
- Identificar estratégias utilizadas na prevenção e controlo de ITU pela equipa;
- Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de ITU;
- Suportar e alicerçar a UCC na implementação de “feixe de intervenções e monitorização” para a Prevenção de ITUACV;
- Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de ITU;
- Identificar potenciais fatores de risco de ITU na pessoa cuidada;

3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A seleção de estratégias é, para Imperatori (1999), uma das etapas mais importantes do processo de Planeamento em Saúde, pois, considera que nesta etapa é definido o processo mais adequado para diminuir os problemas de saúde considerados prioritários e afirma que a estratégia é “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori, 1993, p.87). Esta é uma fase que requer criatividade, gestão adequada de recursos e ponderação dos custos, obstáculos, pertinência e avaliação das vantagens e desvantagens de cada estratégia.

Inicialmente foi desenvolvido o “Projeto de Estágio” (Apêndice I), que contextualiza o plano de ação com enquadramento teórico da problemática onde são apresentadas as primeiras quatro etapas do planeamento em saúde, com plano e cronograma de atividades associados. O plano de atividades (Plano de Atividades - Apêndice I) contempla os objetivos a atingir ao longo do estágio, bem como as atividades a desenvolver e estratégias a utilizar, com local e recursos necessários, e as unidades de competências do EEECS, que se prevê atingir. O cronograma representa as atividades propostas desenvolver, tendo em conta a duração total do estágio, período de 18 de setembro de 2023 a 02 de fevereiro de 2024.

Para definir estratégias na intervenção comunitária foram consideradas as características da população-alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como

base para a intervenção e recorreu-se à prática baseada na evidência científica, por meio do desenvolvimento de uma «Scoping Review». Assim foi possível o desenvolvimento das unidades de competência: “D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2019) e “4.1.9 — Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.” (OE, 2018).

3.4.1 - Scoping Review

A «Scoping review» representa na atualidade um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência científica, que em associação com a experiência profissional e o valor atribuído à centralidade da pessoa/comunidade quanto às suas preferências e valores, permite sustentar uma prática baseada na evidência.

O protocolo desenvolvido para esta «Scoping Review» (Apêndice III) teve como base as orientações do «Joanna Briggs Institute». A conceitualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre a temática e teve como base o mapa conceitual, que se encontra como anexo no respetivo protocolo.

A «Scoping Review» desenvolvida seguiu a metodologia PCC - População, Conceito e Contexto - e teve como questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?”. Trata-se de uma revisão compreensiva, que contempla quatro artigos, dos quais um é de natureza qualitativa e os restantes de natureza quantitativa. Como principais contributos destacam-se: a complexidade do ambiente comunitário (contexto domiciliário) com fatores clínicos, ambientais e socioeconómicos próprios que interligados influenciam o desenvolvimento de ITU's (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020), sendo necessária a intervenção do Enfermeiros Especialista em Saúde Comunitária; a necessidade de formação contínua dirigida aos profissionais de saúde (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020); a implementação de diretrizes e práticas baseadas em evidência; a educação de pessoas cuidadas e seus familiares; e a colaboração multidisciplinares no âmbito de projetos de prevenção e controlo de ITU's e melhoria da prescrição de antibióticos (Nace et al., 2020) (Rutten et al., 2022) .

Face os contributos obtidos, optámos por desenvolver um estudo exploratório-descritivo, com análise mista (qualitativa e quantitativa). Foi desenvolvido e aplicado um instrumento de colheita de dados constituído por duas partes: guião de entrevista aos enfermeiros e grelha de consulta de processo clínico.

Segundo Fortin (1999) toda a investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas necessárias serem resolvidas. Assim sendo, para o

desenvolvimento do estudo, foi solicitada autorização à Coordenadora da UCC X (Apêndice IV), assinada a Declaração de Compromisso de Confidencialidade (estagiários da UCC do X) (Apêndice V) e à Comissão de ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, tendo a Comissão emitido parecer favorável (Apêndice VI).

Relativamente à população-alvo de intervenção do projeto, esta é constituída pelos enfermeiros que constituem a equipa de ECCI da UCC X e pessoas cuidadas nesta tipologia. Trata-se de uma amostra intencional, não aleatória. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro da ECCI; aceitar participar de forma livre e esclarecida com assinatura de consentimento informado. Os critérios de exclusão: não querer participar no estudo. O recrutamento foi efetuado por referência da coordenadora da UCC X, em reunião semanal. Inerente ao projeto, foram distribuídos os Consentimento Informado, Livre e Esclarecido aos participantes (Apêndice VII), aos quais foi garantido o período de reflexão para a sua aceitação. No consentimento estão descritos os objetivos do projeto e direitos dos participantes, podendo estes abandonar o projeto em qualquer fase em que se encontre. A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foi sempre mantida. As entrevistas aos participantes decorreram individualmente, em sala própria, sendo que não é recolhida qualquer informação que possa interferir no anonimato do participante. Optámos por codificar as entrevistas evitando o viés das mesmas.

Na colheita de dados processuais da pessoa cuidada pela ECCI, foram atendidos os princípios éticos diretamente relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, uma vez que em momento algum foram produzidos atos que os prejudicassem, cumprindo as premissas do anonimato e confidencialidade. Os dados recolhidos não continham elementos pessoais identificativos no sentido de evitar a identificação dos participantes. Os critérios de Inclusão foram: estar inscrito na UCC; ser abrangido pela visita domiciliária de enfermagem da ECCI no período compreendido entre 1 de setembro e 11 de dezembro de 2023. Os critérios de exclusão foram: Não ser abrangido pela visita domiciliária de enfermagem da ECCI no período estipulado para a recolha de dados; Internamento em ECCI \leq 1 dia; e os processos estarem indisponíveis para consulta.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias que se consideraram mais adequadas, desenvolveu-se outra das UC do enfermeiro especialista: UC 1.3- “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.” (OE, 2018). Na definição de estratégias foi-se

de encontro ao critério 1.3.2 — Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos (OE, 2018).

3.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A preparação operacional, de acordo com Tavares (1990), é a fase que operacionaliza a concretização do projeto de intervenção. Para Imperatori (1993), devem ser divulgados os pormenores das atividades que irão ser desenvolvidas, incluindo como se vão desenvolver. O quadro n.º 2 apresenta pormenorizadamente as atividades/estratégias desenvolvidas, tendo estas sido estabelecidas de acordo com os objetivos específicos delineados anteriormente. Para cada atividade/estratégia são associados os intervenientes da ação (quem?), a metodologia (como?) e recursos utilizados (quais?), o local (onde?) e a data (quando?). Procurou-se atender ao critério” 1.3.4 — Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade.” (OE, 2018).

Quadro n.º 2: Atividades/Estratégias desenvolvidas

Prevenir e controlar a ITU em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCI através de um projeto de enfermagem comunitária				
Objetivo Geral				
Objetivos Específicos	O quê? (atividades/estratégias)	Quem? (intervenientes)	Como? (metodologia, recursos materiais)	Onde e Quando? (local e data)
Avaliar a perceção dos enfermeiros da equipa sobre o risco de infeção urinária na pessoa cuidada; Identificar estratégias utilizadas na prevenção e controlo de infeção urinária pela equipa;	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto de estágio à equipa de ECCI; • Entrevista aos Enfermeiros que constituem a ECCI; • Tratamento e apresentação dos resultados à equipa em reunião de enfermagem (Sessão nº1). • Consulta de fontes de informação (equipa da UCC, pessoas cuidadas e processos clínicos). • Acompanhamento da equipa nas Visitas domiciliárias; 	Mestranda; Enfermeiros da ECCI;	Flyer do Projeto; Computador e Projetor; Guião de entrevista; Estatística; Apresentação em Powerpoint; Questionários de avaliação. Método Expositivo/interativo	Mês de Novembro e Dezembro em sala de reuniões da UCC; Comunidade (domicílios); Sessão nº1.
Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de infeção urinária;	<ul style="list-style-type: none"> • «Scoping review»; • Planeamento e realização de sessão de formação. • Apresentação da análise da “Grelha de Consulta do Processo Clínico da Pessoa Cuidada pela ECCI”; 	Mestranda; Enfermeiros da ECCI;	Bibliografia diversa (bases de dados, normas e diretrizes científicas); Computador e Projetor; Apresentação em Powerpoint; Questionários de avaliação. Folhetos informativos; Método Expositivo/interativo	Mês de novembro, dezembro e janeiro em espaço físico da UCC. Durante a sessão n.º1, nº2
Suportar e alicerçar a UCC na implementação de “feixe de intervenções e monitorização” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical;	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sessão de informação sobre norma CLÍNICA: 019/2015 (Sessão nº3); • Criação de instrumento de monitorização Mensal no âmbito da NORMA CLÍNICA: 019/2015; • Elaboração de Guia de consulta rápida “Feixe de Intervenções” para a prevenção da ITUACV 	Mestranda; Enfermeiros da ECCI;	Apresentação em Powerpoint; Questionários de avaliação.	Mês de Dezembro e Janeiro em espaço físico da UCC. Durante a sessão nº3

Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de infeções urinárias;	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa Bibliográfica; • Consulta de documentos, nomeadamente estudos e diretrizes sobre risco de infeção urinária e fatores associados; • Consulta de fontes de informação (equipa da UCC, pessoas cuidadas, processos clínicos); • Elaboração de folheto informativo sobre prevenção e controlo de infeções urinárias e cuidados com cateter vesical; • Elaboração de procedimento de registos no âmbito da Infeção Urinária. 	Mestranda; Enfermeiros da ECCI;	Apresentação em Powerpoint; Questionários de avaliação.	Mês de Dezembro e Janeiro em espaço físico da UCC Durante a sessão nº2 e nº3
Identificar potenciais fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliária em conjunto com ECCI; • Desenvolver instrumento de colheita de dados; • Consulta de processos clínicos de ECCI; Tratamento e Divulgação dos dados aos enfermeiros da ECCI da UCC.	Mestranda; Enfermeiros da ECC;	Processos clínicos (SClinico); Estatística (SPSS®); Guião de entrevista; Apresentação em Powerpoint; Questionários de avaliação.	Mês de Dezembro em sala de reuniões da UCC; Comunidade durante visita domiciliária; Consulta de Processos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 23/11/2023 ✓ 27/11/2023 ✓ 30/11/2023 ✓ 11/12/2023

3.6 - PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO

O recurso à prática baseada na evidência científica, através da «Scoping Review», foi uma estratégia fundamental para a definição das atividades a realizar, favorecendo a implementação do projeto de intervenção comunitária.

Para o sucesso do projeto, foram priorizados os cuidados de proximidade com os enfermeiros da ECCI, que prontamente se identificaram com o projeto. Como sugere Ávila (2009), o enfermeiro ao estar mais próximo da comunidade tem a capacidade de a conhecer melhor e compreender as suas especificidades e particularidades. O projeto assentou no conceito de proximidade, não apenas em termos geográficos, mas sim a outros níveis de proximidade, nomeadamente por meio de disponibilização de respostas às necessidades da comunidade e a partilha constante. A apresentação do projeto foi realizada em reunião semanal de equipa, com «flyer» descritivo (apêndice VIII), que permitiu o conhecimento dos diferentes atores no desenvolvimento do projeto, fomentando o envolvimento dos intervenientes nas atividades. A estratégia de intervenção prosseguiu com a realização de entrevistas à equipa, consulta de processos clínicos das pessoas cuidadas no domicílio pela ECCI e realização de sessões formativas, que serão apresentadas mais à frente.

3.6.1 - Entrevistas

O primeiro instrumento elaborado e utilizado foi a entrevista semiestruturada aos enfermeiros, que constituíram a amostra. Para Rubin e Rubin (1995) uma entrevista é uma forma de descobrir o que os outros sentem e pensam do seu “mundo interior”, no sentido de perceber as experiências e eventos em que objetivamente não participamos. Dadas as características do trabalho em causa, procurou-se utilizar uma entrevista estruturada, com questões abertas e fechadas, com uma ordem sequencial, contudo dando sempre espaço para que o entrevistado pudesse expressar livremente as suas ideias/sentimentos (Fortin, 1999). De forma a facilitar e sistematizar a entrevista, criou-se um guião de entrevista (Apêndice IX).

Foram realizadas entrevistas a seis enfermeiros da ECCI da UCC X. A amostra é na sua totalidade do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31-60 anos. Relativamente à formação académica, a totalidade das enfermeiras com mestrado (100%, todas com mais de 16 anos de experiência profissional. Quando questionadas sobre a formação na área da prevenção e controlo de ITU e a participação/colaboração

em projetos de melhoria contínua nesta área, verificou-se que a equipa não tem conhecimentos atualizados. Face ao exposto, conclui-se que se trata de uma equipa altamente qualificada, com sólida formação académica e profissional (maioria com experiência profissional superior a 26 anos), contudo com algumas limitações formativas e de participação/colaboração em projetos na temática em estudo.

Relativamente à perceção da equipa sobre a prevalência de ITU em ECCI esta varia entre prevalência moderada a muito elevada. As enfermeiras identificaram tores de risco e fatores protetores de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI a três níveis - cuidadores formais (“instituições”, “SADs” [Serviços de Apoio Domiciliário] [sic]), cuidadores informais (“familiar” “cuidador” [sic]) e a pessoa cuidada (“utente” [sic]). Como fatores de risco referiram o défice de Cuidados de higiene, deficit de hidratação, presença de dispositivos médicos (Cateter vesical) e défice conhecimento e capacidades cognitivas. Como fatores protetores de ITU identificaram os cuidados de higiene adequados, conhecimento, hidratação adequada, adequada manutenção de dispositivo médico (cateter vesical e saco coletor).

Quando questionadas sobre a avaliação do Risco de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI, metade avaliou como Risco Alto, uma enfermeira avaliou em Risco Médio e duas enfermeiras como Risco Muito Alto. Concluiu-se que a média da avaliação da equipa sobre o Risco de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI é Risco Alto.

Na entrevista, todas as enfermeiras foram questionadas sobre o conhecimento da norma 019/2015, atualizada 09/08/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ITUACV, tendo 83% (cinco enfermeiras) afirmado ser do seu conhecimento, apenas uma indicou desconhecer.

Relativamente a estratégias utilizadas pela equipa no âmbito da prevenção e controlo de ITU, todas referiram utilizar na sua prática estratégias dirigidas aos cuidadores formais, cuidadores informais e a pessoa cuidada. Das respostas obtidas destacam-se como estratégias: “Ações informativas inerentes à prevenção das ITU’s tanto aos cuidadores informais como formais e utentes individuais.” [sic]; “Demonstração de técnicas” [sic] “Adequação da instrução e informação à pessoa que tenho à frente.” [sic]; “Capacitação do cuidador para cuidados de higiene e hidratação” [sic]; “Cuidados a ter sempre que procedem a higiene do corpo.” [sic]; “Empoderar cuidadores com informação relativamente aos cuidados com cateter urinário” [sic]; “Fornecer material de leitura a cuidadores (folheto informativo relacionado com a prevenção do trato urinário)” [sic]; “Entrega de folheto informativo com instrução dos cuidadores

informais dos cuidados a ter com dispositivos e higiene genito-urinária” [sic]; “Educando com a importância da muda da fralda regular e como se executa a higiene íntima da pessoa” [sic]; “Ensinos aos cuidadores formais e informais.” [sic]; “Avaliação semanal da necessidade de manter dispositivo” [sic]; e “Educar cuidadores nos cuidados: cuidados de higiene na pessoa cuidada; cuidados de manuseamento de desinfeção do saco coletor de urina” [sic].

3.6.2 - Consulta de Processos

Foi desenvolvido a “Grelha de Consulta do Processo Clínico da Pessoa Cuidada pela ECCI” (Apêndice X), com base em fatores de risco de desenvolvimento de ITU da literatura e alguns instrumentos de avaliação utilizados pelos enfermeiros na sua prática clínica e que surgem registados em processo clínico, nomeadamente o Índice de Graffar (Anexo I), Escala de Morse (Estado Mental/Perceção Mental) (Anexo II), Escala de Braden (Humidade e nutrição) (Anexo III) e Escala Modificada de Barthel (Resultado final e subescalas) (Anexo IV).

A consulta dos processos foi realizada entre 23/11/2023 e 11/12/2023. Segundo os critérios de inclusão, a amostra final de processos consultados, de pessoas acompanhados pela ECCI, no período compreendido entre 1/09 e 11/12/2023, foi de 36.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Para realização da análise descritiva foram utilizados diversos parâmetros para a distribuição das variáveis, nomeadamente a frequência, percentagem, média e desvio-padrão. Do total de processos consultados, 10 (28%) do sexo masculino e 26 (72%) do sexo feminino. A média de idade foi de aproximadamente 78 anos e a média de dias de internamento em ECCI de aproximadamente 145 dias. Relativamente à média de idade dos seus cuidadores principais esta foi de aproximadamente 59 anos. Relativamente ao principal prestador de cuidados de higiene, quinze são realizados pelos serviços de apoio domiciliário, nove pelo cuidador informal, oito pela própria pessoa, três por um cuidador particular e apenas um por auxiliares do lar.

Relativamente ao Índice de Graffar (Anexo I), este não foi registado em 16 processos. Dos registos colhidos, um apresentou nível baixo, 6 nível médio baixo, 12 nível médio, 1 nível alto e 0 em nível alto. Este Índice determina a classe social de uma família, sendo um indicador dos diversos níveis de bem-estar de um grupo social.

Dos dados colhidos sobre a Escala de Morse (Anexo II), 22 não estão conscientes das suas capacidades (61%) e os restantes 14 estão conscientes das suas capacidades (39%). Nesta escala foi priorizada a subescala de estado mental/perceção mental, sendo este um fator de risco de desenvolvimento de ITU.

Dos registos da Escala de Braden (Anexo III), foram colhidos dados das subcategorias: humidade e nutrição, revelando-se como fatores de risco de desenvolvimento de ITU. Em termos de humidade, 53% (19) com pele ocasionalmente húmida, 33% (12) com pele raramente húmida, 8% (3) com pele constantemente húmida e 6% (2) com pele muito húmida. A nutrição, foi avaliada como provavelmente inadequada em 6 processos (17%), adequada em 28 (78%) e excelente 2 (6%). Nenhum foi avaliado como muito pobre.

Sobre a Escala de Barthel Modificada (Anexo IV), 21 pessoas cuidadas (58%) apresentaram dependência grave, 11 (31%), dependência moderada, 1 (3%) dependência ligeira e 3 (85%) totalmente independentes.

Do total da amostra 15 (42%) possui antecedentes de patologia geniturinária, das quais mais frequentes a doença renal, hiperplasia benigna da próstata, ITUs de recorrências. Relativamente a internamentos hospitalares desde janeiro de 2022, 81% (29) teve pelo menos um internamento, dos quais 36% com ITU e 64% por outras patologias. O n.º de pessoas cuidadas com registo de diagnóstico de ITU foi de 22 (61%), dos quais 18 do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

Considerando a amostra de pessoas cuidadas com registo de diagnóstico de ITU (N=22) foi realizada uma análise inferencial, e tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes paramétricos, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra, para comparar a idade do participante, a idade do cuidador informal, o n.º dias de internamento e n.º internamento hospitalar, em função do n.º de ITU, foi aplicado o teste de Mann-Whitney que é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Marôco, 2014). Emergiram dois grupos: pessoas cuidadas com 1 ITU e pessoas cuidadas com 2-4 ITU. Para associar o Nº de ITU (1 Vez e 2-4 Vezes) com as variáveis em estudo, foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (χ^2) que serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória. Foi ainda usada a significância do teste exato de Fisher quando sugerido pelo programa (Marôco, 2014).

A amostra total foi constituída por 22 participantes com idade compreendida entre os 50 e os 93 anos, média 80,0 anos e desvio padrão, 10,0. Em relação a esta variável, o estudo de Machado et al. (2022) refere que as infeções urinárias ocorreram principalmente entre os 68 e 77 anos (Machado et al., 2022) e no estudo de Ribeiro et al. (2024) em pessoas com idade superior a 75 anos. O cuidador informal tinha idade compreendida entre os 52 e os 87 anos, média 65,8 anos e desvio padrão 11,6.

Os dias de internamento ocorreram entre os 6 e os 532 dias, média 130,1 dias e desvio padrão 115,5. O número de internamentos hospitalares ocorreram entre 1 a 12 internamentos, média 2,1 dias e desvio padrão 3,0. A maioria eram do sexo feminino (81,8%); e o cuidador informal era cerca de metade do sexo feminino (45,5%). A maioria do prestador de cuidados de higiene era cuidador formal (63,6%). A maioria dos participantes tinha Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022 (59,1%); bem como internamento hospitalar desde 01/2022 (81,8%); tinha registo de presença de cateter vesical desde 01/2022 (54,5%).

Relativamente à frequência das patologias a maioria dos participantes tinha doença cardiovascular (95%); seguindo-se a doença osteomuscular (68%); doença do sistema nervoso (50%) e doença endócrina (45%).

Do cruzamento do N^o de ITU (1 Vez e 2-4 Vezes) com as variáveis em estudo, existe uma diferença estatisticamente significativa no n.^o de dias de internamento ($p=0,045$) cuja média do n.^o de dias de internamento foi superior nos que tiveram ITU 2-4 vezes. Da comparação da idade do participante, n.^o dias de internamento, idade do cuidador informal e n.^o internamento hospitalar, em função do n.^o de ITU existe uma diferença estatisticamente significativa no n.^o de dias de internamento ($p=0,045$) cuja média do n.^o de dias de internamento foi superior nas pessoas cuidadas que tiveram ITU 2-4 vezes.

Do cruzamento do n.^o de ITU com as variáveis categóricas em estudo, nomeadamente, o Sexo (Participante), o Sexo (Cuidador Informal), o tipo de Prestador de Cuidados de Higiene, a Patologia Urinária, a Presença de Cateter Vesical, o Índice de Graffar, a Escala de Morse (Estado Mental), a Escala de Braden (Humidade da Pele), a Escala de Braden (Nutrição), a Escala de Barthel - Resultado Final, a Escala de Barthel - subescalas; e as Patologias, os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

No Apêndice XI são apresentados todos os dados em gráficos e/ou tabelas com os respetivos parâmetros de todos os testes realizados.

Em síntese:

- 61% das pessoas acompanhados em ECCI tem registo de ITU. Percentagem muito elevada compativamente com outros estudos recentes em Portugal, noutros contextos: Instituição Particular de Solidariedade Social da região centro apresentou uma prevalência total de 18,1% (Ribeiro et al., 2024); unidade de Geriatria de um hospital, com uma prevalência de ITU de 22% (Bizo et al., 2021); em lares de idosos, obteve uma prevalência de ITU de 20,69% (Araújo, 2011);
 - As pessoas cuidadas em ECCI apresentam um nível de Dependência Grave (58%), com diversas doenças associadas, sendo predominante as doenças do foro cardiovascular e osteomuscular. Diversos autores relacionam o aumento do risco de desenvolvimento de ITU ao grau elevado de dependência do indivíduo, ao uso de fraldas geriátricas, diuréticos e à desidratação (Silva et al., 2021), fatores cruciais na prestação de cuidados. Em relação às doenças crónicas prevalentes, estas foram similares às encontradas nos estudos de Ribeiro et al. (2024) e Silva et al. (2021), incluindo hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, demência, fibrilação auricular e hiperplasia benigna da próstata;
 - A idade média das pessoas com ITU é ligeiramente superior (mais 2 anos), assim como a idade média dos cuidadores informais (mais 6 anos), à média do grupo total;
 - Os prestadores de serviços de cuidados de higiene, na sua maioria, são os serviços de apoio domiciliário (63,6%), pelo que se sugere intervenção neste âmbito;
 - Das pessoas cuidadas com ITU com internamento hospitalar (18), 13 (59%) tiveram internamento com ITU associada;
 - 55% das pessoas cuidadas com ITU tem registo de presença de cateter vesical;
 - Nenhuma das pessoas cuidadas com ITU tem um Índice de Graffar Baixo ou Alto;
 - A pessoas cuidadas que desenvolveram ITU 2-4 vezes, têm uma média de dias internamento em ECCI superior aos que desenvolveram 1 ITU ($p=0,045$);
 - Em termos de limitações, a amostra foi reduzida. Seria relevante considerar a possibilidade de estabelecer um grupo adicional para a análise de variáveis cruzadas no futuro (Grupo 0 ITU - englobando os que não apresentam registo de ITU, $N=14$).

3.6.3 - Sessões do Projeto

Realizaram-se três sessões dirigidas aos enfermeiros da ECCI da UCC X, cujas temáticas foram: prevenção das IACS em ECCI; Risco de ITU na pessoa cuidada em ECCI; e Norma Clínica: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ITUACV. Para cada sessão foi realizado um plano de sessão (Apêndice XII) onde constam, os objetivos, conteúdos abordados, métodos e técnicas pedagógicas utilizadas, bem como a respetiva forma de avaliação, e utilizado como suporte três apresentações em «powerpoint» (Apêndice XIII). A mestranda foi a formadora das três sessões, que se realizaram na UCC x, em sala de reuniões, em três dias distintos. Em cada uma das sessões foram aplicados dois questionários de avaliação da sessão, um preenchido pelos participantes (Apêndice XIV) e outro pela formadora (Apêndice XV)

A primeira sessão “Prevenção das IACS em ECCI” teve como objetivo geral sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo das ITU e como objetivos específicos apresentar o projeto e apresentar e discutir os resultados das entrevistas realizadas à equipa.

A segunda sessão “Risco de ITU na pessoa cuidada em ECCI” teve como objetivo geral sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo das ITU e como objetivos específicos: apresentar a análise da “Grelha de Consulta do Processo Clínico da Pessoa Cuidada pela ECCI”; apresentar potenciais fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada; avaliar conhecimentos pré-sessão n.º 3. Nesta sessão foi aplicado um questionário de perguntas de escolha múltipla sobre conhecimento sobre a Norma Clínica 019/2015 (Apêndice XVI).

A terceira e última sessão “Norma Clínica: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ITUACV” teve como objetivo geral: suportar e alicerçar a equipa na implementação e monitorização de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Pretendia-se que, no final da sessão, os participantes adquirissem conhecimentos sobre a norma NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção e apresentar recursos didáticos de apoio à prestação de cuidados.

3.6.4 - Partilha de Recursos Didáticos

No âmbito do projeto foram elaborados recursos didáticos (Apêndice XVII) nomeadamente Procedimento de registos - enfermeiros; Folhetos Informativos –

Pessoa cuidada e cuidadores; Instrumento de monitorização mensal – equipa da UCC; Guia de Consulta Rápida - enfermeiros; e Cartão de Bolso – Pessoa cuidada e cuidadores que foram partilhados com a equipa.

Esta atividade permitiu a aquisição das UC: UC. 1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”; UC. 2.1- “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”; UC. 2.2- “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.”; UC.2.3- “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.” (OE, 2018)

3.7 - AVALIAÇÃO

Na última etapa do planeamento em saúde é efetuada a avaliação por meio de comparação com determinado padrão, com a finalidade de corrigir e aperfeiçoar as atividades realizadas, permitindo a futura adequação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Está é realizada tendo por base indicadores qualitativos ou/quantitativos que determinam se os objetivos inicialmente definidos foram alcançados. De acordo com Imperatori (1993) é “através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados”. Segundo o mesmo autor os indicadores podem ser de processo/atividade ou de resultado/impacto. Os primeiros medem a atividade realizada, os segundos permitem quantificar os problemas de saúde, o efeito dos cuidados e o grau de satisfação com os mesmos. Assim sendo, é nesta etapa que são apresentados os resultados da intervenção inerente ao projeto, nomeadamente a concordância ou não com os seus elementos os objetivos e/ou as atividades desenvolvidas.

Para concretizar esta etapa foram elaborados e utilizados alguns instrumentos de avaliação, como os questionários de avaliação das sessões, um preenchido pelos participantes (Apêndice XIV) e outro pela formadora (Apêndice XV). O primeiro permitiu aos participantes avaliar o desempenho da formadora, os materiais pedagógicos utilizados, o conteúdo da formação, o ritmo da formação, apreciação geral e grau de satisfação global. O segundo, avalia o grupo e faz uma apreciação global da sessão.

A 1ª sessão do projeto contou com a participação de 9 participantes, dos quais 6 são enfermeiros da ECCI. Todos os participantes atribuíram avaliação máxima positiva

ao desempenho da formadora, aos materiais pedagógicos utilizados e aos conteúdos abordados. Relativamente ao ritmo da sessão, 88% dos participantes considerou correto, os restantes 11% considerou rápido. O grau de satisfação global foi de “Muito Bom” (100%).

A 2ª sessão contou com 8 participantes, dos quais 6 são enfermeiros da ECCI, tendo sido o grau de satisfação global de “Muito Bom” (75%) e “Bom” (25%). A totalidade dos participantes considerou correto o ritmo da sessão.

A 3ª sessão contou com 5 participantes, a totalidade são enfermeiros da ECCI, tendo sido o grau de satisfação global de “Muito bom.” (100%). Todos os participantes atribuíram avaliação máxima positiva ao desempenho da formadora, aos materiais pedagógicos utilizados e aos conteúdos abordados. Relativamente ao ritmo da sessão, todos os participantes consideraram-no correto.

Na 2ª e 3ª sessão do projeto foi também aplicado um questionário de perguntas de escolha múltipla sobre conhecimento sobre a Norma Clínica 019/2015 aos participantes, no sentido de avaliar a aquisição de conhecimentos sobre essa mesma norma após a sessão de formação (Apêndice XVII). Os resultados foram enviados à equipa via correio eletrónico (Apêndice XVIII).

Relativamente aos indicadores de avaliação, foram definidos 12 Indicadores de Processo e de Resultado. O quadro n. 3 e n. 4 apresentam os indicadores com respetivo descritor, metas definidas e resultado obtidos. De destacar pela análise dos quadros que todas as metas inicialmente definidas foram atingidas ou superadas.

Quadro n.º3 - Avaliação dos indicadores de Processo

Indicadores de Processo	Descritor	Meta	Resultado
Taxa de Processos Clínicos Consultados no período definido	Número de Processos Clínicos Consultados/ Número de Processos Clínicos previstos consultar x 100	Consultar 90% dos Processos Clínicos	$(36/36) \times 100 = 100\%$
Número de dados clínicos recolhidos e tratados com relevância para o estudo	Unidades de registo		1204 dados clínicos recolhidos e tratados
Taxa de instrumentos de apoio à prestação de cuidados realizados	N.º de instrumentos realizados/ N.º total de instrumentos planeados x 100	Realizar 100% dos documentos planeados	$(6/5) \times 100 = 120\%$
Taxa de realização de entrevistas	N.º de entrevistas realizadas/ n.º de entrevistas planeadas x 100	Realizar 80% das entrevistas planeadas	$(6/7) \times 100 = 86\%$
Taxa de realização de sessões	N.º de sessões realizadas/n.º de sessões planeadas x 100	Realizar 100% das sessões planeadas	$(3/3) \times 100 = 100\%$
Taxa de enfermeiros participantes nas sessões	Média do n.º de enfermeiros nas sessões/ N.º total de enfermeiros na equipa ECCI (N=7) x 100	Participação de 80% dos enfermeiros da ECCI	1ª Sessão: $6/7 \times 100 = 85,7\%$ 2ª Sessão: $6/7 \times 100 = 85,7\%$ 3ª Sessão: $5/7 \times 100 = 71,4\%$ Total: $((6+6+5)/3) / 7 \times 100 = 80,95\%$
Taxa de resposta aos questionários de avaliação das sessões	N.º de questionários respondidos/N.º total de participantes nas sessões x 100	Obter 90% de resposta aos questionários de avaliação das sessões	$(25/25) \times 100 = 100\%$

Quadro n.º 4 - Avaliação dos indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado	Descritor	Meta	Resultado
Índice de avaliação do formador nas sessões	Média das respostas na avaliação do formador	Obter avaliação positiva do formador (Me >= 3)	Me = 4,93
Índice de avaliação dos materiais pedagógicos utilizados nas sessões	Média das respostas na avaliação dos materiais pedagógicos		Me = 4,91
Índice de avaliação dos conteúdos abordados nas sessões	Média das respostas na avaliação conteúdos abordados nas sessões		Me = 4,89
Índice de apreciação geral das sessões	Média das respostas na apreciação geral das sessões		Me = 4,77
Variação percentual de respostas corretas no final das sessões	$\left(\frac{\text{N.º de respostas corretas pós-sessão} - \text{N.º de respostas corretas pré-sessão}}{\text{N.º de respostas corretas pré-sessão}} \right) \times 100$	Atingir um ganho de conhecimento no mínimo de 10% no final das sessões	$(21 - 18) / 18 \times 100 = 16,67\%$

Durante o estágio foram realizados dois momentos de avaliação formais. O primeiro seminário – Seminário Intercalar – realizou-se a 10 de novembro, em sala de aula, com uma apresentação do trabalho desenvolvido em suporte de «PowerPoint» (Apêndice XIX), que revelou contributos para o desenvolvimento do projeto e partilha com colegas. Por fim, o Projeto “Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados” foi apresentado (Apêndice XX) em conferência no 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que decorreu na Escola Superior de Saúde de Santarém do Politécnico de Santarém, nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2024 (Anexo V).

Com o desenvolvimento destas atividades atingiu-se a UC “1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2018), e, por conseguinte, considera-se estabelecida a avaliação do estado de saúde da comunidade de pessoas cuidadas e ECCI considerando a complexidade dos problemas de saúde identificados e realizado o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas (Competência Específica 1 do EEECS).

4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Além do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, foi possível participar em outras atividades relacionadas com a carteira de serviços e outros programas/projetos específicos da UCC, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, das quais se destacam:

- Acompanhamento do processo de certificação da unidade, especificamente a fase de promoção da autoavaliação e desenvolvimento de evidências para a certificação da unidade;
- Projeto de Vacinação Sazonal Gripe e COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Idosos;
- Articulação com a Unidade de Saúde Pública e Polícia de Segurança Pública relativamente a mandados de condução;
- Comissão de Proteção Crianças e Jovens: Participação semanal em reuniões de acompanhamento de processos de crianças e jovens e/ou visitas domiciliárias com o principal objetivo de promover os seus direitos e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral;
- Rede Social: Participação em reunião do Grupo de Trabalho da Infância e Juventude e Saúde e Reabilitação. No Grupo de trabalho Saúde e Reabilitação, foi promovida a realização no concelho, de consultas de motivação para tratamento na área de alcoologia e prevenção de recaídas, em articulação com outras equipas;
- Projeto de Intervenção dirigida a utentes com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/Asma: Colaboração em consultas de enfermagem com a Enfermeira Especialista em Reabilitação da unidade;
- Programa de Saúde escolar: Desenvolvimento de sessões de educação para a saúde com temáticas próprias, nomeadamente a celebração do Dia Mundial da Alimentação saudável nos Jardins de Infância e a Intervenção aos alunos do 7º ano sobre consumo de álcool e bebidas energéticas;
- Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua: Participação em formações de serviço e apresentações no âmbito de auditorias internas realizadas pelos enfermeiros da equipa e participação em Encontro Anual de Intervenção Social do Concelho sobre Saúde Mental;

- Apoio à população com problemas de Saúde Mental: Participação passiva em consulta de enfermagem presencial e não presencial a utentes e reunião com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental para tomar conhecimento das atividades realizadas neste âmbito;
 - Integração em ECCI através de visitas domiciliárias em diferentes tipologias (reabilitação física, tratamento de feridas e outras terapêuticas);
 - Colaboração na gestão de Stocks e farmácias em sistema informático próprio;
 - Reuniões de equipa semanal com o intuito de planeamento de atividades;
 - Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2024. Este constituiu um espaço de partilha em diferentes áreas de intervenção comunitária de âmbito nacional de internacional associadas a determinantes da saúde que influenciam grupos e comunidades, onde se inseriu o seminário final de apresentação dos projetos desenvolvidos no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Falar do Seminário. De referir que integrei a comissão organizadora desse congresso (Anexo VI).

O desenvolvimento e colaboração nestas atividades contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: 3 — “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” e 4 – “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018).

5 – CONCLUSÃO

Com o projeto desenvolvido foi possível trabalhar uma temática de elevada importância para a sociedade atual, ao nível da saúde comunitária e saúde pública, tendo em consideração os riscos e o impacto associados a esta condição. A literatura atual, reconhece que a pessoa com cateter vesical, possui um elevado risco de ITU, pois a presença de cateter vesical é o principal fator de risco, com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas. Perante esta condição, a proximidade que o EEECSPTem com a comunidade e os problemas de saúde que identifica, permite-lhe ter um papel privilegiado para o apoio e acompanhamento da saúde das populações, com contribuições positivas na qualidade de vida das mesmas e nos custos relacionados com o setor da saúde. É imperioso que o EEECSPT coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção que respondam às necessidades identificadas.

Considero que os objetivos propostos para este relatório foram atingidos, na medida em que se refletiu sobre estratégias de intervenção no âmbito da segurança da pessoa cuidada, especificamente na problemática das ITUs em contexto domiciliário numa ECCI, com recurso à revisão sistemática de literatura, se fundamentou o trabalho à luz das competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas, e se avaliou e refletiu sobre os resultados da intervenção especializada do enfermeiro.

As atividades realizadas no âmbito do projeto seguiram a metodologia do Planeamento em Saúde, permitindo o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEECSPT, que foram enunciadas e clarificadas ao longo deste documento. O recurso à prática baseada na evidência científica através da «Scoping Review», constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado, tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica. Esta prática deverá ser a ferramenta a utilizar para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência e com maiores ganhos em saúde. Gostaríamos de salientar que temos a intenção de submeter a "Scoping Review" para publicação em uma revista científica.

No sentido de prevenir e controlar as ITU neste contexto, foram desenvolvidas intervenções educativas, de sensibilização, de vigilância e monitorização, de avaliação de risco e desenvolvidos protocolos e procedimentos, que contribuiriam para a aquisição de conhecimentos dos enfermeiros da equipa sobre fatores e estratégias de prevenção

e controlo de ITU na comunidade específica onde desenvolvem a sua prática clínica diária. O papel do EEECSPT na implementação e liderança de projetos no âmbito da segurança do utente revelou-se crucial ao nível da educação e sensibilização, implementação de protocolos e procedimentos, vigilância e monitorização, avaliação de risco, investigação, comunicação e colaboração interdisciplinar.

A implementação deste projeto não foi isenta de desafios, como a resistência à mudança por parte de alguns membros da comunidade e a necessidade de ajuste de recursos informáticos (sessão n.º 2). No entanto, esses desafios foram superados através do adequado planeamento e de abordagens colaborativas e adaptativas, demonstrando a importância do planeamento robusto com metas claras, cronograma detalhado e com definição de responsabilidades, e a flexibilidade e resiliência na prática de enfermagem comunitária.

O sucesso deste projeto abre caminho para futuras iniciativas que possam abordar outros problemas de saúde prevalentes na comunidade. É essencial continuar a investir na formação contínua dos enfermeiros e no desenvolvimento de políticas de saúde pública que apoiem essas intervenções.

Outras atividades no âmbito da promoção da saúde e bem-estar das pessoas e comunidade foram desenvolvidas com os profissionais da UCC X, que igualmente contribuíram para a compreensão e aquisição das competências do EEECSPT.

Em última análise, a capacitação dos enfermeiros e a integração da comunidade no processo de cuidados de saúde não só melhoram os resultados clínicos, mas também fortalecem o tecido social, promovendo uma cultura de saúde e bem-estar contínuo. Assim, a prática baseada na evidência e a colaboração interdisciplinar continuarão a ser pilares fundamentais para a evolução da enfermagem comunitária e da saúde pública.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema Saúde, IP. (2019). Guia para aplicação do diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos cuidados de saúde primários. Versão 1.1.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Lusodidacta. ISBN: 9789728383749.
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th) Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Araújo, C. Q., Rabelo, A. F., Figueiredo, B. Q., Oliveira, B. H., Freitas, M. L., & Oliveira, R. C. (2021). Fatores de risco associados à infecção do trato urinário (ITU) em mulheres: Uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 10(12), 1–7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20567>
- Associação Portuguesa de Urologia. (2018.). Guia de Prática Clínica: Cistite não complicada na mulher. [acedido a 19-01-24]. Disponível em: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Guia-cistite.pdf>
- Ávila, R. F. A. (2002). IDOSOS: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Bizo, M., Ribeiro, R., Ruiz, P., Albertini, S., Poletti, N., Werneck, A., Ribeiro, R., & Gouveira, J. (2021). Recorrência da internação por infeção do trato urinário em idosos. *Enfermagem em Foco*, 12(4), 767-772. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4562>
- Calegari, C. B. (2020). Atenção primária e a prevenção da infeção do trato urinário em pacientes idosos. https://ares.unasus.gov.br/acer-vo/html/ARES/26273/1/clariana_braga_nogueira_calegari.pdf
- Câmara Municipal X. (s.d). **O Concelho. Disponível em: anónimo***
- Centers for Disease Control and Prevention & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2009). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (última atualização: 2017). Recuperado de <http://www.cdc.gov/hicpac>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Urinary Tract Infections (UTIs). Recuperado de <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/uti.html>
- Costa, M. C., Pereira, P. M., Bolotinha, C., Ferreira, A., Cardoso, R., Monteiro, C., et al. (2009). Frequência e susceptibilidade bacteriana em infeções urinárias:

dados de um laboratório de Lisboa. Parte II. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6, 87-103.

Cristina, M. L., Spagnolo, A. M., Giribone, L., Demartini, A., & Sartini, M. (2021). Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(10), 5333. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105333>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A. Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 137/2013/ 7 de outubro. Diário da República n.º 193/2013 – Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008 /22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008 - Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10143/2009/ 16 de abril. Diário da República n.º 74/2009, Série II. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5613/2015/ 27 de maio. Diário da República n.º 102/2015, Série II. Ministério da Saúde- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 6945/2020/ 6 de julho. Diário da República n.º 129/2020, Série II. Instituto Politécnico de Santarém.

Despacho n.º 9390/2021/ 24 de setembro, Diário da República n.º 187/2021, Série II. Ministério da Saúde- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.

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

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos: Plano de Contingência para Infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) em Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.PDF.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Portugal. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, atualizada a 29 de agosto de 2022. Recuperada de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf.

- Direção-Geral da Saúde. (2023). Manual de Unidades de Gestão Clínica. Recuperado de <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/MANUALUNIDADESGESTAOCLINICADGS2023.PDF..>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Use in European Acute Care Hospitals 2011-2012. Recuperado de <https://ecdc.europa.eu/en/healthcareassociated-infections-acute-care-hospitals>.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). (2021) Infecção do trato urinário. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 49/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Infeccao-do-trato-urinario-2021.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2024
- Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação, da Concepção à Realização. Lisboa: Lusociência.
- George, J. (2000). Teorias de enfermagem os fundamentos à prática profissional (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed editora.
- Imperatori, E. (1999). Mais 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lisboa: Edinova.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa: Obras avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021. Consultado em setembro de 2023. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Jukes, M., & Spencer, P. (2004). Neuman's Systems Model. In *Neuman's Systems Model* (pp. 32-50). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Mark-Jukes/publication/256686465_Neuman's_Systems_Model/links/004635239bee7b4e10000000/Neumans-Systems-Model.pdf
- Junior, P. S., Santos, C. F., & Junior, A. C. (2022). Intervenções de enfermagem na prevenção de infecção do trato urinário em áreas críticas de cuidados intensivos: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(3), 1–13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26848>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I. Assembleia da República.
- Machado, G., Marinho, A., Afonso, J., Freitas, M., Silva, M., & Coelho, R. (2022). Infecções do trato urinário nos cuidados de saúde primários: Estado da arte.

- Revista Portuguesa de Clínica Geral, 38(2), 137–145. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13337>
- Maelegheer, K., Dumitrescu, I., Verpaelst, N., Masson, H., Broucke, C., Braekeveld, P., Backaert, D., Mensaert, C., Leroux-Roels, I., & Floré, K. (2020). Infection prevention and control challenges in Flemish homecare nursing: a pilot study. *British Journal of Community Nursing*, 25(3), 114- 121.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Baixinho, C. L. (2021). Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda. Sabooks; Lusodidacta
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel-Edições Técnicas.
- Nace, D. A., Hanlon, J. T., Crnich, C. J., Drinka, P. J., Schweon, S. J., Anderson, G., & Perera, S. (2020). A Multifaceted Antimicrobial Stewardship Program for the Treatment of Uncomplicated Cystitis in Nursing Home Residents. *JAMA International Medicine*, 180(7), 1–9.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (Third Edition ed.). USA: Library of Congress.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio*. 1ª Edição, Lisboa: Chiado Editora.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde* [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Genebra.
- Pordata. (2021). Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado de <https://www.pordata.pt/>
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. Diário da República n.º 24/2017, Série I. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro Diário da República n.º26/2019, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Regulamento n.º 348/2015, 19 de julho. Diário da República n.º 118/2015, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho. Diário da República n.º 35/2018, Série II. 19354 – 19359. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ribeiro, A. R. J., Chaves, C. M. C. B. & Reis, A.M.S.S.C. (2024). Prevalência de infeções urinárias em pessoas institucionalizadas em instituições particulares de

- solidariedade social. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), e31712.
<https://doi.org/10.12707/RVI23.82.31712>
- Rutten, J. J. S., van Buul, L. W., Smalbrugge, M., Geerlings, S. E., Gerritsen, D. L., Natsch, S., Sloane, P. D., van der Wouden, J. C., Twisk, J. W. R., & Hertogh, C. M. P. M. (2022). An Electronic Health Record Integrated Decision Tool and Supportive Interventions to Improve Antibiotic Prescribing for Urinary Tract Infections in Nursing Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 17(5), 123-136.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S354923>
- Silva, J. L., Fonseca, C. D., Stumm, E. M., Rocha, R. M., Silva, M. R., & Barbosa, D. A. (2021). Factors associated with urinary tract infection in a nursing home. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0813>
- Sousa, F., Goulart, M., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D., Vieira, F., Loura, M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de percurso. *Revista de Saúde Pública*, 51(11). 1-10.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2004). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência. Edições técnicas e científicas.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992), *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 2ª Ed., Lisboa.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvados. BA: EDUFBA.
- The Joanna Briggs Institute (2014). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation
- Unidade de Cuidados na Comunidade X. (2023). Carta de Compromisso.
- Unidade de Cuidados na Comunidade X. (2023). Manual de Acolhimento.
- Unidade de Cuidados na Comunidade X. (2023). Regulamento Interno de uma Unidade de Cuidados na Comunidade

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO



PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Projeto de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Beatriz Simões Lopes

**Orientação:
Lúcia Eduarda Pereira Monterroso**

Outubro, 2024

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

Dec. - Decreto

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Et al – entre outros

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IDG – Índice de Desempenho Global

ITU – Infecção do Trato Urinário

MS – Ministério da Saúde

n.º - número

p. - página

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 – CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE	8
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	17
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	17
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	18
3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	20
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	20
3.4.1 – Plano de atividades	22
3.4.2 – Cronograma de atividades	27
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Ilustração dos diversos recursos da comunidade em estudo referenciados no Plano de Desenvolvimento Social da Camara Municipal	9
Quadro n.º 2 - Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem segundo os critérios cariz epidemiológico	19
Quadro n.º 3.a - Plano de atividades de estágio	22
Quadro n.º 3.b - Plano de atividades de estágio com competências, objetivos, local, recursos e indicadores de avaliação definidos	22
Quadro n.º 4 - Cronograma de atividades de estágio	27

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular "Estágio e Relatório de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública" do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Santarém, propôs-se a realização do presente projeto de estágio. O estágio decorrerá no período de 18 de setembro de 2023 a 01 de fevereiro de 2024 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Conforme estabelecido pelo Dec. Lei de 28/2008 de 22 de fevereiro, e regulamentado pelo Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, artigo 9º, n.º. 4, alínea d), — “As actividades da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), devem incidir, prioritariamente, nas seguintes áreas: (...) Projectos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI(...)” (Ministério da Saúde, 2008; 2009). Dada a preocupação da equipa no âmbito da segurança do doente, após consulta de documentação e reunião com a equipa coordenadora da UCC, e no sentido de responder às necessidades da comunidade, nomeadamente equipa de enfermagem e pessoas cuidadas pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC pretendemos desenvolver um projeto de intervenção comunitária com enfoque em boas práticas de prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), especificamente as Infeções do Trato Urinário (ITUs) em contexto de cuidados domiciliários.

O projeto intitulado de “Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados”, pretende ir de encontro ao propósito “implementação de práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes e organismos nacionais e internacionais de reconhecido prestígio para a prevenção e controlo das infeções relacionadas com a prestação assistencial, que sejam aplicáveis no âmbito de atuação da unidade” (Direção-Geral de Saúde, 2023).

O projeto adotará o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman (1995) como orientação da prática de cuidados, centrado na atuação em fatores de «stress» provenientes do ambiente externo e interno sobre os sistemas e a sua reação e adaptação perante os mesmos. O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública (OE, 2015), assim como o Código Deontológico do Enfermeiro, Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, serão bases utilizadas no desenvolvimento do projeto de intervenção. Será também adotada a metodologia de Planeamento em Saúde, a qual preconiza a identificação de problemas da comunidade, com o objetivo de influenciar positivamente os seus comportamentos e estilos de vida, visando a promoção da utilização adequada dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Considerando as diretrizes estabelecidas no Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente no artigo 106º, alínea d), o enfermeiro, sujeito ao dever do sigilo profissional durante o exercício da sua atividade, assume o dever de "Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados." (Assembleia da República, 2015). Diante de tal premissa, os nomes de pessoas, comunidades, unidades funcionais e respetivo concelho intervencionados serão ocultados para garantir a preservação do anonimato e o respeito pelos princípios éticos estabelecidos no referido código. O nome do contexto de estágio será substituído por "UCC X".

Este documento está dividido em quatro capítulos. Para contextualizar o plano de ação apresentado, no primeiro capítulo é apresentada a caracterização do contexto de estágio. No segundo capítulo é feito o enquadramento teórico da problemática. No terceiro capítulo são apresentadas as etapas do planeamento em saúde, com plano e cronograma de atividades, à exceção das etapas cinco, seis, sete e oito, referentes respetivamente à elaboração de programas/projetos, à preparação da execução, à execução e à avaliação, que à presente data não estão efetuadas e serão descritas no relatório final de estágio. Por fim as considerações finais e referências bibliográficas utilizadas.

A elaboração deste documento seguiu as normas de formatação e apresentação preconizadas pelo Instituto Politécnico de Santarém, as normas APA, 7ª Edição.

1- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE

No percurso de obtenção do grau de mestre e de especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi definido como local de estágio a UCC X, no período compreendido entre 18 de setembro de 2023 e 2 de fevereiro de 2024, totalizando 480 horas.

O Dec. Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelo Dec. Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, cria os ACES do Sistema Nacional de Saúde, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Os ACES organizam-se em diferentes unidades funcionais com equipas multiprofissionais, sendo elas as Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais e Partilhados e outras unidades/serviços que venham a ser considerados necessários.

A UCC X está inserida no Concelho C, pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo. Tendo como referência o modelo sistémico de Betty Neuman (1995), considerou-se a comunidade do concelho X um sistema aberto em constante interação e mudança com o ambiente, com contextos intrasistémico e intersistémico próprios. Relativamente ao contexto intrasistémico, o Concelho X apresenta-se como um dos vinte e um concelhos do distrito que integra. O concelho ocupa aproximadamente 160 km², estando bem servido por vias rodoviárias e ferroviárias (Camara Municipal X, s.d.). A população residente é de 23.186 (Pordata, 2021), o que representa um número médio de indivíduos de 146,6 por km², número superior à grande maioria dos concelhos da proximidade, contudo número que tem vindo a decrescer nos últimos anos. Em resumo, ao longo dos anos, tem-se observado uma diminuição no número de jovens e na população em idade ativa, ao passo que o número de idosos tem aumentado (Pordata, 2021). Este padrão reflete uma tendência demográfica semelhante à observada na população de Portugal.

Considerando o contexto intersistémico, o concelho é formado por vários subsistemas em interação, representando os recursos existentes na comunidade. O quadro abaixo pretende ilustrar os seus recursos.

Quadro nº 1: Ilustração dos diversos recursos da comunidade em estudo, referenciados no Plano de Desenvolvimento Social da Camara Municipal

Comunidade do Concelho-alvo	
Subsistema	Recursos
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biblioteca X; ▪ Complexo Desportivo e Cultural X; ▪ Rádio Local; ▪ Museu Rural e do Vinho do Concelho; ▪ Museu escolar do concelho; ▪ Centro Cultural; ▪ Casa da Juventude; ▪ Património Edificado; ▪ Férias Desportivas e Culturais.
Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de dia com Serviços de Apoio Domiciliário; ▪ Estruturas Residências para Pessoas Idosas; ▪ Grupo de voluntariado da Cruz Vermelha; ▪ Cartões Municipais; ▪ Gabinete de Inserção Profissional; ▪ Gabinete de Serviço Social; ▪ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; ▪ Rede Social.
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Unidades de Saúde Familiar; ▪ 1 UCC; ▪ 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; ▪ 1 Polo da Unidade de Saúde Pública; ▪ 1 Polo da Unidade de Recursos Assistenciais e Partilhados; ▪ Serviço de Medicina Dentária; ▪ Serviço de Atendimento Complementar. ▪ 8 Farmácias; ▪ Clínicas Privadas de Saúde; ▪ Laboratórios de análises clínicas; ▪ Exames complementares de diagnóstico.
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bombeiros Voluntários; ▪ Cruz Vermelha Portuguesa; ▪ Recolha e triagem de resíduos; ▪ Tratamento águas residuais e rede de esgotos (limitada) ▪ Polícia de Segurança Pública; ▪ Conservatória Registo Civil;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comissão de Proteção de Crianças e Jovem.
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino pré-escolar com 8 Jardins de Infância; ▪ Ensino básico com 13 Escolas Básicas (1.º, 2º e 3º Ciclo); ▪ Ensino secundário com 1 Escola Secundária.
Recreativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associações desportivas, culturais e filarmónicas; ▪ Agrupamento de escuteiros; ▪ Ranchos folclóricos; ▪ Estádio Municipal; ▪ Piscinas Municipais; ▪ Campos de Ténis; ▪ Complexo Desportivo e Cultural; ▪ Férias Desportivas.
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eco-Concelho; ▪ Associações de Defesa do Ambiente; ▪ Associação para a Defesa do Património Histórico-Ambiental; ▪ Associação de Proteção aos Animais Abandonados ▪ Associação de Luta e Prevenção Contra o Abandono Animal.

A UCC X é uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário (UCC X, 2023). Os cuidados prestados visam, especialmente, as pessoas/famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo (UCC X, 2023). De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, a unidade pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra (MS, 2009). É dotada de autonomia organizativa, técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional, indispensável à concretização da sua missão (MS, 2009).

A UCC X foi criada a 8 de fevereiro de 2010, com a homologação do parecer técnico pela Administração Regional de Saúde. Funciona nos dias úteis das 8 às 18 horas, operando numa base populacional e é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes de forma permanente ou temporária na área geográfica do concelho X (UCC X, 2023). A unidade funciona ainda aos fins de semana e feriados com os enfermeiros da ECCI em horário pré-definido. De acordo com os Censos 2021 tem uma população residente de 23.337 habitantes. Relativamente aos Índices de Dependência, o dos jovens é de 18.91%, o dos Idosos é de 39.96% e o total de 58.87%.

A unidade é coordenada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, e composta por mais nove enfermeiros, um fisioterapeuta, um assistente social, um assistente técnico, um cardiopneumologista, um higienista oral, um técnico de saúde ambiental e um médico. A equipa pretende ser vista como uma referência de boas práticas de prestação de cuidados de proximidade, com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos cidadãos/famílias/grupos mais vulneráveis, em complementaridade com outras Unidades Funcionais e parceiros/setores da comunidade (UCC X, 2023).

“Os Valores da equipa são:

- 1) Articulação com as outras Unidades Funcionais do ACES e parceria com estruturas da comunidade local;
- 2) Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, cumprindo Plano de Ação e Orientações Técnicas;
- 3) Cooperação entre todos os profissionais garantindo a continuidade, acessibilidade e globalidade de cuidados de saúde;
- 4) Garantia da satisfação dos cidadãos/famílias/grupos e profissionais;
- 5) Gestão participada, assente num sistema de comunicação entre todos;
- 6) Procura de excelência através de uma avaliação contínua (objetiva e permanente), adotando medidas corretivas aos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação e qualidade de cuidados;
- 7) Trabalho em equipa, com planos de intervenção conjuntos, integrados e articulados, envolvendo cidadãos/famílias/grupos/comunidade alvo da nossa intervenção.” (UCC X, 2023).

A UCC X tem na sua carteira de serviços os seguintes programas/projetos:

- 1) Saúde Escolar;
- 2) ECCI;
- 3) Apoio à população com Problemas Ligados ao Álcool;
- 4) Apoio à população com problemas de Saúde Mental;
- 5) Classe de Mobilidade de Prevenção de Quedas/Combater a Osteoporose;
- 6) Classe de Mobilidade “Conquistar melhor saúde óssea” (Osteoartrose);
- 7) Classe de Mobilidade “Proteger e cuidar, para enfrentar a dor”;
- 8) Parentalidade;

9) Projeto de Intervenção dirigida a utentes com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/Asma (DPOC);

10) Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;

11) Equipa de Prevenção de Violência em Adultos;

12) Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua.

Para além destes, a UCC X participa em parceria na Rede Social, na Equipa Comunitária de Saúde Mental, no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, na Comissão de Proteção Crianças e Jovens e no Núcleo Local de Inserção.

Para 2023, resultante do plano de Ação negociado, o Índice de Desempenho Global (IDG) previsto atingir pela UCC X é de 84.36, com enfoque no plano de melhoria dirigido às áreas de melhoria e qualificação do acesso a diferentes níveis, qualificação da prescrição, qualificação da discussão clínica e da referenciação hospitalar, segurança dos utentes nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, satisfação (utentes e profissionais) e intervenção nas subáreas a necessitarem de melhoria (UCC X, 2023). A dimensão da segurança de utentes foi uma das dimensões contratualizada na área da qualidade organizacional. No âmbito desta dimensão está inserido um dos Indicadores com impacto no cálculo do IDG, o indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”.

Os problemas apresentados no Plano de Ação foram:

- 1) Baixa proporção de turmas abrangidas pelo Plano Nacional de Saúde Escolar;
- 2) Inexistência do Manual de Boas Práticas e de procedimentos;
- 3) Baixa proporção de utentes com ganho na gestão de «stress» do prestador de cuidados;
- 4) Inexistência de projeto de intervenção para utentes com asma /DPOC;
- 5) Não certificação da Unidade (Carta de compromisso, 2023).

É objetivo da UCC X a promoção da autoavaliação e evidências para a obtenção da certificação, sendo necessário desenvolver um plano de ações para o efeito. A temática da segurança do doente está inserida no âmbito da certificação e é apresentada como uma das necessidades formativas no plano de formação da unidade (UCC X, 2023).

A ECCI é parte integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que tem responsabilidade partilhada dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, e baseia-se na intervenção multidisciplinar ao nível da gestão e prestação de

cuidados a utentes e seus cuidadores. O objetivo geral da RNCCI é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (MS, 2006), na procura de respostas às necessidades de saúde e sociais. Esta divide-se em diversas unidades de internamento e ambulatório, enquadrando-se a ECCI nas unidades de ambulatório.

De acordo com a Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, a ECCI “presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (2017), promovendo o envolvimento dos familiares ou cuidadores informais. Os cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de promoção de saúde, preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos, promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência, o apoio psicossocial e de terapia ocupacional, a educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, o apoio na satisfação das necessidades básicas, a ajuda na interação cliente/família e a ajuda para aquisição de competências de autocuidado são alguns dos serviços proporcionados pela ECCI (MS, 2009).

A ECCI da UCC X assegura a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 18 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, das 9 às 14 horas (UCC X, 2023).

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) refere que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, ao desenvolver a sua prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e conseqüentemente possui elevada capacidade de resposta às suas necessidades. Este contribui para o processo de capacitação da pessoa/comunidade através da integração de programas e projeto de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde.

Segundo o Regulamento 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Com o projeto pretende-se desenvolver as competências anteriormente apresentadas. Destaca-se assim, enquanto metodologia de avaliação do estado de saúde da comunidade, o Planeamento em Saúde. O Planeamento em Saúde, enquanto processo contínuo e dinâmico, tem como objetivo fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis e é constituído por várias etapas, as quais serão definidas e apresentadas no próximo capítulo.

Pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública presta, este adota em toda a sua ação uma abordagem sistémica e de promoção da saúde, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

O projeto sustentado no modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman (1995), centra-se na atuação em fatores de «stress» provenientes do ambiente externo e interno sobre os sistemas abertos, dinâmicos e flexíveis - indivíduo, família, comunidade e a sua reação e adaptação perante os mesmos. Essa abordagem visa alcançar o seu equilíbrio

e a manutenção da saúde. Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade, composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). Essas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade do sistema (Neuman, 1995).

A segurança e efetividade dos cuidados de saúde prestados são condicionados pelo contexto e condições de prestação dos mesmos. A DGS (2022) defende que os recursos existentes, nomeadamente recursos humanos como a dotação e adequação dos profissionais e equipas de saúde e a sua formação, e recursos materiais como a metodologia organizativa do trabalho, as ferramentas e instrumentos existentes, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos, são algumas das condicionantes da segurança dos cuidados prestados. No âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, destacam-se como problemáticas as IACS e as resistências aos antimicrobianos, sendo um dos objetivos estratégicos a sua redução (DGS, 2022).

As IACS são uma preocupação global e “(...) aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde” (DGS, 2017, p.5). Partindo de um diagnóstico de situação já iniciado, foi identificado como diagnóstico de enfermagem comunitária prioritário o Risco de ITU da comunidade de utentes acompanhados em visita domiciliária pela ECCI. Das IACS, a ITU destaca-se como das mais comuns, e quando associada ao cateter vesical, a taxa de infeção torna-se ainda mais elevada (Centers for Diseases Control and Prevention & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2009; DGS, 2013). É atualmente reconhecido que as ITUs são em larga medida evitáveis quando utilizadas estratégias baseadas na melhor evidência científica. Em Portugal, a DGS tem desenvolvido estratégias neste âmbito, estabelecendo diretrizes e normas com o objetivo de uniformizar os cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a Prevenção da Infeção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical (ITUACV) (DGS, 2022). Os feixes de intervenção revelam-se dinâmicos, podendo evoluir no tempo, refletindo o conhecimento e as características dos serviços (DGS, 2022). A norma apresenta as intervenções que devem ser implementadas, no doente submetido a cateterização vesical, para prevenir a ITUACV, categorizando-as de acordo com os níveis de evidência do CDC/HICPAC. Na prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterização vesical, devem ser

realizadas ações de forma sistemática e uniforme no âmbito de plano de cuidados multidisciplinar a individualizar ao doente (DGS, 2022). Trata-se de uma norma que dado o seu amplo contexto de intervenção se adequa à prestação dos cuidados de saúde da UCC X, especificamente ao contexto de intervenção em cuidados domiciliários pela ECCI. Para além da presença de cateter vesical existem outros fatores que aumentam o risco de ITU, alguns modificáveis, nomeadamente baixa literacia em saúde e défice de conhecimentos da pessoa e cuidadores/família, não adesão a regimes terapêuticos e vigilância de condições de saúde/doença, negligência nos cuidados de higiene, de alimentação e hidratação, entre outros. Estes fatores são reconhecidos como «stressores», emergindo a reação a estes em interação com o ambiente, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro.

Partindo de documentação reguladora da qualidade dos cuidados de saúde nacionais prestados pelas unidades funcionais foi possível correlacionar a temática do projeto com a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários e com o Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica (ME 5 1_08). Atualmente o instrumento utilizado com o intuito de avaliar e monitorizar a qualidade organizacional das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde em Portugal é a Grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (Grelha DiOr-CSP) (Administração Central do Sistema Saúde, IP, 2019). Todas as unidades funcionais são avaliadas e monitorizadas com base no cumprimento dos seus critérios. O projeto desenvolvido no âmbito da prevenção e controlo de ITUs enquadra-se especificamente no domínio da Segurança do doente, critério B - Identificação de riscos para a segurança do utente da Grelha DiOr-CSP, na premissa de que “São identificados os riscos para a segurança do utente e incorporadas boas práticas para prevenir incidentes de segurança” (ACSS, IP, 2019). De acordo com a grelha é preconizada a existência de um procedimento de trabalho no âmbito da temática e a monitorização do seu cumprimento por meio de processos de auditoria.

Relativamente ao Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica, a temática do projeto insere-se no âmbito da certificação, especificamente no bloco 3, critério 5, standard “A Unidade incorpora boas práticas para prevenir e controlar as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2023). Tem como propósito: “Implementar práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes e organismos nacionais e internacionais de reconhecido prestígio para a prevenção e controlo das infeções relacionadas com a prestação assistencial, que sejam aplicáveis no âmbito de atuação da Unidade” (DGS, 2023).

3 -PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde é definido como o processo contínuo, dinâmico e cíclico, que integra um conjunto de atividades criteriosamente programadas e o uso racional de recursos com o intuito de alcançar objetivos definidos, tendo em vista a redução dos problemas prioritários identificados. É constituído por oito etapas - 1) Diagnóstico de Situação; 2) Definição de Prioridades; 3) Fixação de Objetivos; 4) Seleção de Estratégias; 5) Elaboração de programas/projetos; 6) Preparação da execução; 7) Execução; e 8) Avaliação. A metodologia preconiza a identificação de problemas da comunidade com o objetivo de influenciar positivamente os seus comportamentos e estilos de vida, visando a promoção da utilização adequada dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Posto isto foi identificado um problema presente na comunidade da UCC X e estabelecido um diagnóstico de situação, priorizada a sua intervenção e delineado todo o processo, com os recursos disponíveis, com o objetivo de influenciar positivamente a comunidade.

3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na primeira etapa do Planeamento em Saúde são identificados os problemas, necessidades, grupos de risco, recursos e outros da comunidade em estudo. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011), os métodos de colheita de dados agrupam-se em duas categorias: os que são diretamente observados, através dos métodos de recolha direta como as entrevistas e observação participativa, e os métodos de colheita de dados através de consulta de registos, pesquisa bibliográfica, leitura e análise dos documentos relevantes da UCC com o objetivo de complementar informação para a realização de um diagnóstico de enfermagem mais consistente.

No sentido de perceber as necessidades de saúde, relacioná-las com a procura e a oferta dos serviços disponibilizados na área em estudo, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC X. Dessa reunião tomou-se conhecimento dos programas e projetos em vigor na unidade, assim como foram disponibilizados documentos específicos, nomeadamente plano ação e relatório de atividades que permitiram caracterizar a comunidade em estudo. Para além disso foram ainda recolhidos alguns dados estatísticos «online». De acordo com Melo (2020) uma rigorosa colheita de dados é determinante para o delineamento e priorização de problemas e necessidades (Melo, 2020).

A dimensão da segurança de utentes é uma das dimensões contratualizada pela UCC na área da qualidade organizacional. Nessa dimensão estão inseridas diferentes áreas com necessidade de intervenção no âmbito da UCC X nomeadamente:

- "segurança da comunicação";
- "identificação inequívoca dos utentes";
- "prevenção de quedas";
- "prevenção de úlceras de pressão";
- "prevenção de incidentes";
- "prevenir as infeções e as resistências a antimicrobianos".

Com base nessas áreas foram elaborados os seguintes diagnósticos:

- Comunicação comprometida;
- Risco de Queda;
- Risco de úlcera de pressão;
- Falta de conhecimento sobre medidas de segurança;
- Risco de Infeção;
- Risco de complicação associada aos cuidados de saúde.

A formulação dos diagnósticos foi efetuada pela taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem uma vez que é a linguagem utilizada pelos profissionais de enfermagem, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.

O diagnóstico de situação foi elaborado pela equipa que constitui a UCC, no entanto, não existiam respostas de planeamento em saúde e as estratégias definidas para intervir não estavam devidamente planificadas.

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após identificação dos problemas de saúde, prossegue-se para um processo de tomada de decisão caracterizado pela definição de prioridades. Constituindo uma etapa fundamental do planeamento em saúde, o processo de estabelecimento de prioridades permite identificar, num determinado momento, os problemas prioritários a intervir numa determinada comunidade.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a definição de prioridades é a etapa do planeamento em saúde que determina a fixação dos objetivos, permite a implementação de planos pertinentes com uma utilização adequada dos recursos

disponíveis. Segundo os mesmos autores deve ter-se em consideração a variável tempo (do projeto) nesta etapa.

Neste projeto, faremos uma análise das prioridades aplicando os três critérios clássicos de cariz epidemiológico - magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Sousa et al (2017) e Teixeira (2010) descrevem a magnitude como a importância e dimensão atribuída ao problema; a transcendência como a medida de relevância social, do reconhecimento atribuído a um determinado evento pela população e do desejo da sua resolução; e a vulnerabilidade como a possibilidade e permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Estes critérios foram aplicados a cada um dos diagnósticos de enfermagem, pelos elementos da equipa de intervenção e peritos na área, recorrendo a uma escala de símbolos de classificação de impacto. O símbolo (+) correspondeu a baixo impacto (25,0%); o símbolo (++) a impacto médio (26,0% a 50,0%), o símbolo (+++) a elevado (51,0% a 75,0%) e o símbolo (++++) ao maior impacto, (> 75,0%). O total foi obtido pelo somatório dos símbolos atribuídos a cada um dos três critérios. O quadro n.º 2 esquematiza a aplicação dos critérios e os resultados obtidos:

Quadro nº 2: Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem segundo os critérios de cariz epidemiológico

Diagnóstico de Enfermagem	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Comunicação comprometida	+	++	+	4
Risco de Queda	++	+	++	5
Risco de úlcera de pressão	+++	++	++	7
Falta de conhecimento sobre medidas de segurança	+++	++++	++	9
Risco de Infecção	++++	+++	+++	10
Risco de complicação associada aos cuidados de saúde	+++	+++	+	7

Considera-se prioritário intervir no diagnóstico de Risco de Infecção. Dada a abrangência do diagnóstico, após discussão com a equipa da UCC e peritos na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e incorporação da sua análise e conhecimento especializado, optou-se pela intervenção direta no diagnóstico de Risco de

ITU na comunidade de pessoas cuidadas em cuidados domiciliários pela ECCI. Importa referir que a pessoa/comunidade são a prioridade do projeto.

3.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir, pois, só assim é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992). Assim, define-se como objetivo geral, desenvolver um projeto de enfermagem comunitária de modo a prevenir e controlar a ITU em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCI da UCC.

Como objetivos específicos do projeto pretende-se:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros da equipa sobre o risco de ITU na pessoa cuidada;
- Identificar estratégias utilizadas na prevenção e controlo de ITU pela equipa;
- Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de ITU;
- Suportar e alicerçar a UCC na implementação de “feixe de intervenções e monitorização” para a Prevenção de ITUACV;
- Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de ITU;
- Identificar potenciais fatores de risco de ITU na pessoa cuidada;

3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

No período compreendido entre 18 de setembro de 2023 e 01 de fevereiro de 2024, será implementada uma intervenção comunitária no âmbito da segurança do doente, com o objetivo de prevenir e controlar ITUs em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCI da UCC X. O projeto individual de intervenção comunitária a desenvolver ao longo deste estágio intitulado de “Prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em equipas de cuidados continuados integrados” contemplará a minha total integração, com duas finalidades principais: desenvolver-me enquanto enfermeira especialista e promover o desenvolvimento da comunidade intervencionada –

equipa da UCC X e pessoas cuidadas, com vista a capacitar e melhorar a saúde desta comunidade. Este documento pretende ser um documento orientador com as ações a serem desenvolvidas no sentido de responder a essas finalidades. Para além do projeto no âmbito das ITU, a integração e participação em outros projetos e programas ao longo do período de estágio serão fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No subcapítulo seguinte apresenta-se, esquematizado, o plano de atividades que consagra os objetivos a atingir ao longo do estágio, bem como as atividades a desenvolver e estratégias a utilizar, com local e recursos necessários. São também apresentados os indicadores de avaliação. No plano de atividades, são integradas as unidades de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que se prevê atingir. Por fim apresenta-se o cronograma de atividades que esquematiza temporalmente as atividades previstas desenvolver.

3.4.1 Plano de Atividades

Quadro nº 3a: Plano de atividades de estágio

Área de intervenção/Título do Projeto	Segurança do utente - “Prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em equipas de cuidados continuados integrados”
População-alvo	Comunidade da UCC X – Enfermeiros e pessoa cuidada em tipologia de ECCI
Objetivo Geral	Desenvolver um projeto de enfermagem comunitária de modo a prevenir e controlar a ITU em pessoas cuidadas em contexto domiciliário pela ECCI da UCC X
Horizonte temporal	De 18 de setembro de 2023 a 01 de fevereiro de 2024

Quadro nº 3b: Plano de atividades de estágio com competências, objetivos, local, recursos e indicadores de avaliação definidos

COMPETÊNCIA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	LOCAL	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1 — Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	<p>Conhecer a unidade e a Equipa Multidisciplinar</p> <p>Elaborar o diagnóstico de situação de enfermagem comunitária</p>	<p>Reuniões diversas com a Enf.^a Cooperante e Prof.^a orientadora</p> <p>Visita às instalações da UCC</p> <p>Apresentação e Integração da Equipa Multidisciplinar com participação em diversas áreas de intervenção da UCC</p> <p>Consulta de documentação (Plano de Ação, regulamento e manual de acolhimento da UCC) e outras fontes de informação (equipa, equipa da UCC,</p>	<p>Centro de Saúde: UCC</p> <p>Videocâmara</p>	<p>Enf.^a Cooperante</p> <p>Prof. Orientadora</p> <p>Mestranda</p> <p>Equipa Multidisciplinar do Centro de Saúde</p>	<p>Nº de propostas produzidas na reunião</p> <p>Nº de intervenções/projetos a integrar</p> <p>Diagnóstico de situação concluído</p>

		utentes, processos clínicos dos utentes)			
	Identificar a área de intervenção prioritária para implementação do projeto	<p>Reunião com Enf.^a Cooperante de Prof.^a Orientadora sobre o projeto a executar com base no diagnóstico de situação elaborado</p> <p>Consulta de orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde e Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2016</p>	Centro de Saúde – UCC	<p>Enf.^a Cooperante</p> <p>Prof. Orientadora</p> <p>Mestranda</p>	<p>Priorizado 1 diagnóstico de enfermagem</p> <p>Aprovação do Projeto (equipa e comissão ética)</p>
	Estabelecer objetivos e estratégias	<p>Definição do objetivo geral e objetivos específicos</p> <p>Definição das estratégias</p> <p>Reunião com Enf.^a Cooperante e Prof.^a Orientadora sobre objetivos e estratégias definidas</p>	<p>Centro de Saúde – UCC</p> <p>Videocâmara</p>	<p>Enf.^a Cooperante</p> <p>Prof. Orientadora</p> <p>Mestranda</p>	<p>Objetivos estabelecidos</p> <p>Estratégias estabelecidas</p> <p>Aprovação do Projeto (equipa e comissão ética)</p>
	Desenvolver o projeto de intervenção com base em evidência científica	<p>Elaboração do plano de atividades e cronograma</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica</p> <p>Realização de Scoping Review na temática do projeto</p> <p>Implementação das intervenções planeadas</p>	Centro de Saúde – UCC	<p>Enf.^a Cooperante</p> <p>Prof. Orientadora</p> <p>Mestranda</p> <p>Protocolo com recomendações JBI</p>	<p>Plano de atividades concluído e aprovado</p> <p>Cronograma concluído e aprovado</p> <p>Protocolo da Scoping Review produzida de acordo com problemática definida</p>

					Nº de artigos finais para analisar em resposta à questão de investigação
					Indicadores de processo atingidos
	Monitorizar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção	Processo reflexivo ao longo do projeto Interpretação dos questionários de avaliação do projeto	Centro de Saúde – UCC	Enf. ^a Cooperante Prof. Orientadora Mestranda Comunidade de ECCI da UCC	Indicadores de processo definidos Indicadores de resultados definidos
2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	Divulgar o projeto de intervenção à comunidade Participar, em parceria com outras instituições em projetos de intervenção comunitária Pesquisar e diagnosticar problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas Mobilizar parceiros/grupos da comunidade Conceber, planear e implementar programas e projetos Mobilizar e integrar conhecimentos da	Elaboração e validação dos planos de sessões Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enfermeira Coordenadora da UCC e equipa Consulta de processos clínicos dos utentes Realização de entrevistas aos enfermeiros da UCC Realização de instrumentos de apoio à prestação de cuidados (folheto informativo sobre prevenção e controlo de ITUs e	Centro de Saúde – UCC Comunidade	Enf. ^a Cooperante Prof. Orientadora Mestranda Comunidade de ECCI da UCC Computador com programas específicos	Taxa de Processos Clínicos Consultados no período definido Taxa de realização de instrumentos de apoio à prestação de cuidados Taxa de realização de entrevistas; Taxa de participação nas sessões Variação percentual de respostas corretas no final das sessões

	área das ciências da comunicação e educação	cuidados com cateter vesical, procedimento de registos, flyers, Guia de consulta rápida			
	Integrar alguns projetos do plano de ação da UCC mediante necessidade de intervenção comunitária	Participação nos diferentes programas e projetos multidisciplinares da UCC Consulta de documentos, nomeadamente estudos e diretrizes internacionais e nacional sobre risco de ITU e fatores associados	Centro de Saúde – UCC Comunidade	Enf. ^a Cooperante; Prof. Orientadora; Mestranda	Nº de programas/projetos em que participei; Reflexão e competências específicas desenvolvidas/adquiridas
	Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária	Análises e Discussão dos resultados das intervenções Participação em seminário final – Congresso Realização do relatório de estágio	Centro de Saúde – UCC Escola – Congresso e Seminários	Enf. ^a Cooperante Prof. Orientadora e outros Mestranda Comunidade de ECCI da UCC; Computador com programas específicos	Feedback da comunidade em estudo Feedback de Seminários/Congresso Documento produzido como Relatório final de Estágio
3 — Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	Integrar a coordenação, promoção, implementação e monitorização de atividades e de programas comunitários	Participação nos diferentes programas e projetos da UCC Desenvolvimento de um Projeto Comunitário			

<p>4 — Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico</p>	<p>Desenvolver e aplicar os instrumentos de colheita de dados;</p> <p>Estabelecer as variáveis e indicadores para a elaboração do perfil epidemiológico da comunidade em estudo;</p> <p>Aplicar métodos estatísticos de análise apropriados;</p> <p>Analisar potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas.</p>	<p>Criar guião de entrevista aos enfermeiros e grelha de consulta de processos clínicos dos utentes</p> <p>Tratar os dados com recurso a estatística (programa SPSS e excel)</p> <p>Apresentar resultados à equipa sessão de reunião de enfermagem (Sessão nº1 e nº2)</p> <p>Criar Instrumento de monitorização Mensal no âmbito da NORMA CLÍNICA: 019/2015</p>	<p>Centro de Saúde – UCC</p>	<p>Enf.^a Cooperante; Prof. Orientadora e outros</p> <p>Mestranda</p> <p>Comunidade de ECCI da UCC</p> <p>Computador com programas específicos</p>	<p>Taxa de realização de entrevistas</p> <p>Taxa de realização de sessões</p> <p>Taxa de participação nas sessões</p> <p>Taxa de resposta aos questionários de avaliação das sessões</p>
---	---	---	------------------------------	--	--

3.4.2 - Cronograma de Atividades

Quadro nº 4: Cronograma de atividades de estágio

Atividades/Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	...	Julho
Introdução ao estágio	18							
Estágio na UCC	19					2		
Redação do Projeto								
Reunião com a equipa da UCC								
Reuniões de orientação com Prof. ^a e Enf. ^a							Videoconferência/presencial	
Recolha de dados								
Tratamento de dados								
Análise dos dados								
Sessões do projeto					19	9	16	
Seminários na escola			10				2	
Pesquisa Bibliográfica								
Monitorização e acompanhamento do projeto								
Elaboração do Relatório Final								Entrega 31/07
Discussão do relatório de estágio	Data a definir							

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um projeto constitui um desafio complexo, mas essencial e fundamental no percurso previsto, pois traduz o planeamento do percurso a realizar, com base nos problemas de saúde identificados. Para tal, são necessárias iniciativas dinâmicas e motivadoras, sendo que o Enfermeiro, com competências na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assume um papel preponderante na integração de programas ou projetos de intervenção promotores da capacitação comunitária. Considero que o projeto representa um importante contributo para o contexto de intervenção, com perspetivas de ganhões em saúde. Este projeto foi aprovado favoravelmente pela equipa da UCC.

Tal como referido anteriormente, o projeto será elaborado com base na metodologia de planeamento em saúde, tendo como referência o autor António Tavares (1992), e como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Betty Neuman (1995), pois consideram-se elementos fundamentais que orientam todo o processo de planeamento em saúde e contribuirão para o sucesso deste projeto. Ressalvo que o projeto poderá estar sujeito a alterações programáticas e ajustes, em função de condicionantes que possam surgir.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema Saúde, IP. (2019). Guia para aplicação do diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos cuidados de saúde primários. Versão 1.1.

Centers for Disease Control and Prevention & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2009). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (última atualização: 2017). Recuperado de <http://www.cdc.gov/hicpac>.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A. Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 28/2008 /22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008 - Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º10142/2009/ 16 de abril. Diário da República n.º 74/2009, Série II. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses: Inquérito 2012. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos: Plano de Contingência para Infeções por SARS-CoV-2 (COVID-19) em Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.PDF.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Portugal. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Manual de Unidades de Gestão Clínica. Recuperado de <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/MANUALUNIDADESGESTAOCLINICADGS2023.PDF>.

Direção-Geral de Saúde. (2022). Norma Clínica: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, atualizada a 29 de agosto de 2022. Recuperada de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

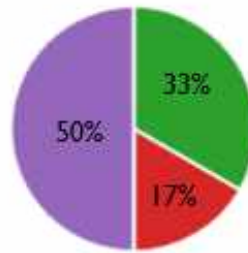
- content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, 3º Ed., Lisboa
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I. Assembleia da República.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel-Edições Técnicas.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model (Third Edition ed.)*. USA: Library of Congress.
- Pordata. (2021). Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado de <https://www.pordata.pt/>
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. Diário da República n.º 24/2017, Série I. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.
- Regulamento n.º 348/2015, 19 de julho. Diário da República n.º 118/2015, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Sousa, F., Goulart, M., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D., Vieira, F., Loura, M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de percurso. *Revista de Saúde Pública*, 51(11). 1-10.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992), *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 2ª Ed., Lisboa.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. SalvadorBA: EDUFBA.
- Uma Unidade de Cuidados na Comunidade. (2023). Carta de Compromisso.
- Uma Unidade de Cuidados na Comunidade. (2023). Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes (Julho)
- Uma Unidade de Cuidados na Comunidade. (2023). Regulamento Interno (Julho).

APÊNDICE II – VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Qual a sua percepção sobre a prevalência de Infecção do Trato Urinário na pessoa cuidada em contexto de ECCI?

[Mais Detalhes](#)

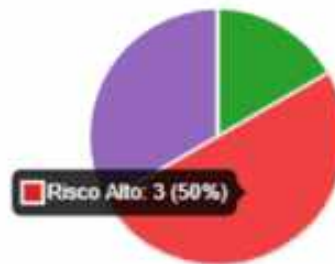
<input type="radio"/>	Ausente	0
<input type="radio"/>	Prevalência Baixa	0
<input type="radio"/>	Prevalência Moderada	2
<input type="radio"/>	Prevalência Elevada	1
<input type="radio"/>	Prevalência Muito Elevada	3



Como avalia atualmente o risco de Infecção do Trato Urinário da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI?

[Mais Detalhes](#)

<input type="radio"/>	Sem risco	0
<input type="radio"/>	Risco Baixo	0
<input type="radio"/>	Risco Médio	1
<input checked="" type="radio"/>	Risco Alto	3
<input type="radio"/>	Risco Muito Alto	2



APÊNDICE III – SCOPING REVIEW

Review title

Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: A scoping review protocol.

Reviewers

Beatriz Lopes

Abstract

As unidades de cuidados na comunidade, enquanto unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde mais especificamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), prestam cuidados no domicílio à pessoa com risco de infeção do trato urinário. Desenvolveu-se uma *scoping review* com o objetivo de compreender as práticas de enfermagem especializada de prevenção e controlo de infeção do trato urinário na pessoa cuidada em ECCI. Para a questão de revisão foi utilizada a estratégia PCC: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?”. A pesquisa contempla estudos primários quantitativos e qualitativos e revisões sistemáticas e foi realizada nas bases de dados *Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection, Medic Latina e CINAHL Complete e PubMed*. A expressão de pesquisa conjugada foi ((nurs*) AND (urinary tract infection) AND ("Infection control" AND ("Home Care Services" OR "Care Services, Home" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR Services, Home Care)). A revisão foi elaborada de acordo com as recomendações do JBI para análise de *scoping* e segundo os critérios da *checklist Scr PRISMA 2020*. Foram incluídos dados de 4 artigos na revisão. Destaca-se o enfermeiro, enquanto peça fundamental que desempenha um papel multifacetado, desde a implementação de práticas baseadas em evidências até a educação e coordenação interprofissional, contribuindo assim para a segurança e bem-estar dos indivíduos vulneráveis sob seus cuidados.

Keywords: Cuidados Domiciliários; Infecções do Trato Urinário; Intervenção comunitária; Enfermeiro especialista; Prevenção e controlo.

Introduction

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema a nível mundial que originam o prolongamento dos internamentos, agravamento de prognósticos, aumento da morbidade, mortalidade e custos associados aos cuidados de saúde (Marianos, 2021). Das IACS, a infecção do trato urinário (ITU) destaca-se como das mais comuns, e quando associada ao cateter vesical (CV), a taxa de infecção torna-se ainda mais elevada (CDC & HICPAC 2009; ECDC, 2013; DGS, 2013).

As ITUs são infecções comuns que ocorrem quando bactérias, geralmente da pele ou do reto, entram na uretra e infetam o trato urinário. Castro (2019) e Leal et al. (2016) definem infecção do trato urinário (ITU) como a colonização de qualquer parte do trato urinário por um microrganismo patogênico (fungos, parasitas, vírus ou bactérias) (Silva et al., 2022). O tipo mais comum de infecção urinária é a infecção da bexiga (cistite) (CDC, 2021). A infecção renal (pielonefrite) é outro tipo de ITU, contudo menos frequente, mas mais grave (CDC, 2021).

Algumas pessoas correm maior risco de contrair uma ITU, como por exemplo as mulheres, dada a sua anatomia com uretra mais curta e mais próxima do reto, facilitando a entrada de bactérias no trato urinário (CDC, 2021). Outros fatores que podem aumentar o risco de ITUs são história de ITUs anteriores, atividade sexual, mulheres em menopausa, gravidez, adultos mais velhos e crianças, maus hábitos de higiene, presença de cateter vesical e problemas estruturais no trato urinário, como aumento da próstata. É atualmente reconhecido que as infecções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando utilizadas estratégias baseadas na melhor evidência científica, como a redução do número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção. Os sintomas de uma infecção urinária podem incluir disúria, polaquiúria, hematúria, poliúria, piúria, urgência urinária, incontinência urinária e febre (CDC, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho DE 2018, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, é competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o estabelecimento, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, Integrar a coordenação dos Programas de Saúde e Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica (OE, 2018). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2015). A sua intervenção tem como alvo a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. Posto isso, espera-se que o Enfermeiro Especialista utilize a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública (OE, 2015). As unidades de cuidados na comunidade, enquanto unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde mais especificamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), prestam cuidados no domicílio à pessoa, estando presente o risco de infeção do trato urinário. Face aos termos e pressupostos mencionados, na busca da melhor evidência científica disponível, definiu-se como questão de revisão: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?”. Para responder a esta questão realizou-se uma scoping review. Na busca de evidências foi utilizada a estratégia PCC, sendo a população a pessoa, os conceitos de intervenção comunitária, enfermeiro especialista, prevenção e controlo, infeção do trato urinário, no contexto domiciliário (contexto de ECCI).

Review question(s)

Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Inclusion criteria

Participants: Pessoa cuidada, independentemente da idade

Concept:

Intervenção comunitária;

Enfermeiro especialista;

Prevenção e controlo,

Infeções do Trato Urinário;

Context: Cuidados Domiciliários (contexto de ECCI)

Types of sources

Esta revisão scoping considerará estudos primários publicados quantitativos, qualitativos, mistos e revisões sistemáticas. Foram considerados estudos publicados em inglês, espanhol e português, com data de publicação entre novembro de 2018 e novembro de 2023, correspondente aos últimos 5 anos.

Methods

A revisão foi elaborada de acordo com as recomendações do JBI para análises scoping e segundo os critérios definidos no checklist PRISMA 2020 flow diagram for scoping review.

Search strategy

Inicialmente foram validados como descritores MeSH Browser 2023 para posteriormente serem pesquisados nas bases de dados para a produção de resultados.

MeSH Heading	Scope Note
“Urinary Tract Infections”	“Inflammatory responses of the epithelium of the URINARY TRACT to microbial invasions. They are often bacterial infections with associated BACTERIURIA and PYURIA”
“Nurses”	“Professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.”
“Home Care Services”	Entry Term(s): Care Services, Home; Domiciliary Care; Home Care; Home Health Care; Services, Home Care. “Community health and NURSING SERVICES providing coordinated multiple services to the patient at the patient's homes. These home-care services are provided by a visiting nurse, home health agencies, HOSPITALS, or organized community groups using professional staff for care delivery. It differs from HOME NURSING which is provided by non-professionals.”
“Infection Control”	“Programs of disease surveillance, generally within health care facilities, designed to investigate, prevent, and control the spread of infections and their causative microorganisms.”

Quadro 1: MeSH Heading e Scope Note

O **Quadro 1** destaca os termos MeSH (Medical Subject Headings) juntamente com suas respectivas Scope Notes, oferecendo uma visão rápida e informativa sobre cada termo MeSH.

Os descritores anteriormente validados foram interligados pelo boleano AND e OR conjugando a seguinte expressão de pesquisa: ((nurs*) AND (urinary tract infection) AND ("Infection control" AND ("Home Care Services" OR "Care Services, Home" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR Services, Home Care)).

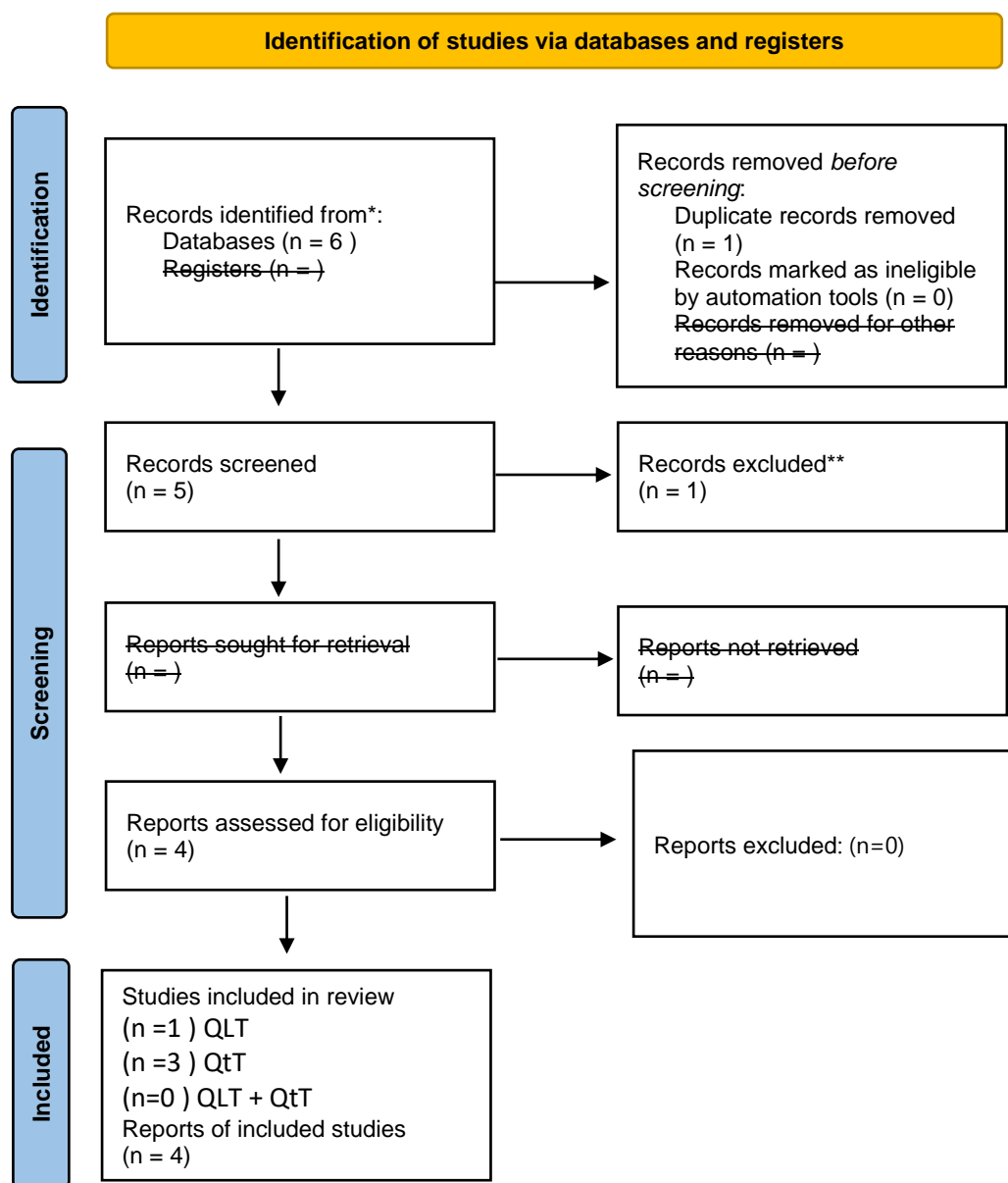
A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection, Medic Latina e CINAHL Complete, via plataforma EBSCOhost, e PubMed. A estratégia de pesquisa, incluindo as palavras-chave e termos de indexação identificados, são adaptadas para cada base de dados.

Os limitadores utilizados na base de dados Medline Complete foram “resumo disponível”, Língua “English, Portuguese, Spanish”, Humano, Idioma Inglês, Português e Espanhol. Na base de dados Nursing & Allied Health Collection e Medic Latina foi aplicado como limitador “Texto completo em pdf”. Já na base de dados CINAHL Complete, os limitadores utilizados foram “Resumo disponível, Língua “English, Portuguese, Spanish” Humano, Idioma Inglês, Português e Espanhol. Por fim, na PubMed foram utilizados: “Text availability: “Free full text”; “Article type: Clinical Trial, Meta-Analysis, systematic Review”; Publication date [novembro 2018-novembro2023]; Language: “English, Portuguese,Spanish”; Species: “Human”.

Study selection

Recorreu-se à elaboração da Checklist Scr e ao PRISMA 2020. Na primeira etapa do PRISMA, referente à identificação das fontes, foram identificados 6 artigos científicos. Desses, verificamos que 1 estava duplicado. Na etapa seguinte, Screening foi feita uma primeira leitura do título e resumos dos artigos, com o intuito de excluir os que não se integravam no âmbito da revisão em curso ou que não integravam os critérios de inclusão do PCC, nomeadamente o estudo da população ou os conceitos do mapa conceptual. Foram excluídos nessa etapa 1 artigo e procedeu-se à leitura integral dos restantes 4 artigos. Após leitura integral concluímos que todos satisfaziam as condições anteriormente referidas, não tendo sido removido nenhum. Na última etapa do PRISMA - Inclusão - os 4 artigos foram identificados relativamente à sua natureza (qualitativa e quantitativa ou mistos). Dos 4 artigos, 1 é de natureza qualitativa e os restantes de natureza quantitativa, podendo afirmar-se que se trata de uma Revisão Compreensiva. Os dados serão extraídos desses 4 artigos.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Data extraction

Os dados foram extraídos após a leitura integral de cada artigo, através da utilização do instrumento “Appendix IV: Data extraction instrument”. O instrumento contempla 9 variáveis - autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/métodos, interpretação, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de Evidência alcançado e contributo para a questão de revisão. Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre os participantes, os conceitos, o contexto, os métodos de estudo e as principais conclusões relevantes para a questão de revisão.

Data presentation

Em contexto domiciliário evidencia-se uma variada complexidade nos ambientes de trabalho, o que dificulta o estabelecimento de diretrizes e uniformização de procedimentos no âmbito da prevenção e controlo de infeções, conforme ressaltado por Felemban et al. (2015), que destacaram a importância do acesso a materiais apropriados e da higiene pessoal dos utentes como fatores determinantes (Maelegheer et al., 2020). A mudança do paradigma hospitalar para o domiciliar faz emergir novas necessidades e preocupações, nomeadamente a crescente importância das IACS em contexto domiciliar por toda a Europa (Maelegheer et al., 2020).

No contexto de cuidados domiciliários surge o estudo conduzido pelo Flemish Infection Control Group of Home Nurses, onde abordaram as práticas essenciais de enfermagem em domicílio, destacando-se a prestação de cuidados de higiene, o tratamento de feridas e a administração de terapêutica farmacológica (oral ou intravenosa) (Maelegheer et al., 2020). Maelegheer et al., (2020) na sua avaliação consideraram diversos fatores, como o acesso a água potável, as condições sanitárias, comorbidades e a presença de dispositivos médicos, incluindo cateteres urinários. A presença de dispositivos médicos no domicílio requer cuidados específicos, resultando na necessidade de formação específica para os enfermeiros. Neste âmbito, enfrentam-se desafios notáveis na prevenção e controlo de infeções em contextos domiciliários, principalmente relacionados com condições ambientais e hábitos de higiene da pessoa cuidada. Shang et al. (2014) identificaram fatores de risco em ambiente domiciliar, salientando que o risco de IACS é maior em pessoas vulneráveis que recebem tratamentos mais invasivos (Maelegheer et al., 2020). Dados demográficos indicam que a maioria dos cuidados domiciliários é destinada a pessoas idosas, um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de infeções (Maelegheer et al., 2020). Segundo Cairns et al. (2020), o avanço da idade está diretamente associado a um maior risco de

desenvolvimento de IACS, sendo a sua prevalência de 11,5% em pessoas com mais de 85 anos, em comparação com 7,4% em pessoas com menos de 65 anos.

Maelegheer et al. (2020) concluem que há uma necessidade crucial de formação em prevenção e controlo de infeções para profissionais de saúde prestadores de cuidados domiciliários. Os autores acrescentam ainda como fatores facilitadores a procura pela acreditação de unidades prestadoras de cuidados em contexto domiciliário, o papel dos hospitais ao nível da formação dos profissionais e o financiamento adequado de serviços.

Das IACS, as ITUs representam uma das manifestações patológicas mais prevalentes em adultos e idosos, sendo a principal causa subjacente à prescrição de antibioterapia em contextos de lares de idosos (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014). Nesta demografia específica, a prevenção e a necessidade da identificação de um diagnóstico preciso tornam-se imperativas, dada a potencial repercussão negativa associada à utilização excessiva de antibióticos, como a propensão para o desenvolvimento de organismos multirresistentes (Nicolle, 2000, citada por Nace et al., 2020), a ocorrência de eventos adversos a medicamentos e o desenvolvimento de infeções por *Clostridioides difficile* (Nace et al., 2020).

Na comunidade, a elevada incidência de ITUs em contexto de cuidados prolongados está frequentemente correlacionada com o procedimento inadequado aquando da colheita de urina para análise, o que abrange não só o âmbito médico como também os enfermeiros (Nace et al., 2020). A intervenção multidisciplinar revela-se uma abordagem essencial para mitigar este cenário, não só quando o procedimento é realizado pelos profissionais, como também na educação para a saúde da pessoa cuidada capaz de colher urina para análise.

Nace et al., (2020), em seu estudo, referem-se aos programas de gestão de antimicrobianos como estratégias fundamentais de âmbito nacional para combater a resistência antimicrobiana, prevenir infeções e aprimorar a segurança da pessoa cuidada. A sua intervenção centrou-se especificamente na abordagem da cistite não complicada e na educação de equipas de enfermagem, farmácia e médico, na disseminação de diretrizes de diagnóstico e de tratamento, na implementação de ferramentas para promover mudanças no sistema, na realização de auditorias e feedback institucional (Nace et al., 2020). Sintetizando as estratégias desenvolvidas no estudo, estas foram:

- Realização de um webinar informativo, ministrado por profissionais de saúde especializados, onde abordaram o projeto, as diretrizes para cistite não complicada e a uniformização de

procedimentos de diagnóstico e gestão de antibióticos em conformidade com requisitos federais e programas de garantia de qualidade;

- Distribuição de materiais educativos, como cartazes e cartões de bolso, contendo diretrizes de diagnóstico e tratamento;
- Implementação de formulários padronizados de pedidos médicos para o diagnóstico e tratamento de casos suspeitos de cistite não complicada;
- Introdução de uma folha de monitorização ativa projetada para aprimorar a identificação e documentação de sinais e sintomas associados ao diagnóstico de ITUs;
- Desenvolvimento de vinhetas clínicas educativas direcionadas a prescritores e equipa de enfermagem;
- Realização de auditoria e solicitação de feedback rotineiro ao nível da instituição sobre taxas de ITU, conformidade com as diretrizes e resultados associados, utilizando dados sumativos;
- Realização de sessões de esclarecimento para a equipa de enfermagem, farmácia e prescritores;
- Condução de chamadas telefónicas individuais com a enfermeira do grupo de controlo de infeção ou diretora de cada instituição, com a finalidade de solicitar feedback, avaliar o uso das ferramentas de gestão implementadas e esclarecer dúvidas.

Os resultados do estudo indicam que uma intervenção abrangente de baixa intensidade está associada a melhorias significativas na prescrição de antibióticos para casos de cistite não complicada em instituições de cuidados prolongados, como lares de idosos, sem associação adversa com outros indicadores de segurança (Nace et al., 2020). Os resultados indicaram uma redução notável na incidência de prescrições para casos improváveis de cistite (27%) e no uso global de antibióticos para qualquer tipo de ITU (17%) (Nace et al., 2020). Além disso, essa redução não demonstrou impactos adversos significativos, como aumento nas taxas de hospitalização ou mortalidade por qualquer causa.

Entre os pontos fortes do estudo de Nace et al., (2020), merece destaque o uso de ferramentas práticas, a realização de conferências online e chamadas de esclarecimento, que não apenas viabilizaram a capacitação com custo mínimo, mas também evitaram a necessidade de esclarecimentos presenciais, possibilitando a participação de um número significativamente maior de instituições. Além disso, a emissão de certificados de participação no programa de gestão antimicrobiana desenvolvido e a garantia de qualidade e melhoria de desempenho demonstrou eficácia.

Cristina et al. (2021), assumem como notória a dificuldade no controlo de microrganismos em ambientes comunitários como casas de repouso, pois os residentes compartilham refeições e participam em atividades comunitárias, existindo uma maior propagação de microrganismos infecciosos. Relativamente às ITUs, a sua origem é variada, evidenciando-se as variações entre pessoas não cateterizadas e aquelas que possuem cateter crônico permanente (Cristina et al., 2021). Fatores como bexiga neurogénica, diabetes *mellitus*, ausência de estrogênio e outras condições do trato urinário aumentam a predisposição a ITUs, sendo essenciais na compreensão dessa complexidade (Cristina et al., 2021). Além dos fatores clínicos, os fatores ambientais desempenham um papel crucial, sendo que áreas contaminadas e uma má higiene contribuem para a propagação de infeções (Cristina et al., 2021). O baixo status socioeconômico também é identificado como um dos fatores de risco que afeta a higiene pessoal e domiciliar e o acesso a serviços de saúde (Cristina et al., 2021).

A transição frequente do contexto de cuidados e serviços de saúde também aumenta o risco de infeções e fragmenta os cuidados prestados (Cristina et al., 2021). Na sua revisão da literatura, Cristina et al. (2021) descreve a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados, dando ênfase ao momento da alta hospitalar, com informações claras sobre práticas de higiene e terapia farmacológica, pois a comunicação eficaz pode comprometer a segurança do cliente (Cristina et al., 2021). Numa perspetiva mais ampla, os sistemas de saúde devem desenvolver estratégias adaptadas, com ênfase na continuidade do cuidado entre hospitais e comunidade (Cristina et al., 2021).

Algumas das práticas a implementar no âmbito da prevenção e controlo de ITUs, deve—se evitar cateterizações desnecessárias, desenvolver e adotar protocolos rigorosos de higiene das mãos pelos profissionais de saúde, intervenções comportamentais e procedimentais, utilizar adequadamente os Equipamentos de Proteção Individual, aplicar estratégias de isolamento, esterilização e desinfecção, vigilância de infeções, educação contínua e envolvimento ativo das pessoas cuidadas e suas famílias (Cristina et al., 2021).

O último artigo que complementa esta scoping review pertence a Rutten et al., (2022). Os autores desenvolveram uma ferramenta de decisão integrada ao registo eletrónico de saúde, com base numa ferramenta previamente desenvolvida para o tratamento de suspeitas de ITU em adultos mais velhos e frágeis (van Buul et al., 2018), em combinação com intervenções de suporte para médicos e enfermeiros para aplicar em lares de idosos.

As intervenções de suporte utilizadas foram sessões interativas e e-learning, apresentação de vídeos, fornecimento de cartões de bolso e um folheto informativo para entregar aos residentes e/ou suas famílias (Rutten et al., 2022). Os autores observaram que os antibióticos para ITU foram prescritos de maneira mais apropriada no grupo de intervenção. A reflexão sobre o papel do enfermeiro neste contexto pode ser abordada considerando a natureza multidisciplinar da intervenção desenvolvida no estudo. O enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação e implementação de estratégias de cuidado que visam melhorar a prescrição de antibióticos em residentes de lares de idosos. A força do estudo reside na intervenção multidisciplinar que envolve tanto médicos como enfermeiros. O enfermeiro desempenha um papel vital na colaboração interprofissional, garantindo a comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde.

Do estudo de Rutten et al., (2022), pode-se concluir que o papel do enfermeiro na prevenção e controlo de infeções urinárias pode envolver várias áreas de atuação, nomeadamente:

Conhecimento e Implementação de Diretrizes: O enfermeiro pode desempenhar um papel essencial ao conhecer e implementar as diretrizes nacionais atualizadas relacionadas ao uso de antibióticos e ferramentas de decisão. Isso pode incluir a integração de ferramentas específicas no registo eletrónico de saúde para facilitar a tomada de decisões.

Conscientização e Educação: Ao participar ativamente de estudos e intervenções, o enfermeiro pode aumentar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre a prescrição apropriada de antibióticos. Isso pode envolver a disseminação de informações sobre novas diretrizes e ferramentas de decisão.

Colaboração Interprofissional: O enfermeiro pode colaborar com outros membros da equipa de saúde para garantir uma abordagem interprofissional na prevenção de infeções urinárias. Isso pode incluir sessões interativas e distribuição de material educativo.

Monitorização e Colheita de Dados: O enfermeiro desempenha um papel crucial na colheita de dados relevantes por meio de registos eletrónicos de saúde. Isso contribui para avaliar a eficácia das intervenções e identificar áreas de melhoria.

Promoção de Práticas de Prescrição Conscientes: O enfermeiro pode promover práticas conscientes de prescrição, incentivando a avaliação criteriosa dos sintomas e a consideração das novas diretrizes ao tomar decisões sobre o uso de antibióticos.

Avaliação de Resultados: O enfermeiro pode contribuir para a avaliação dos resultados das intervenções, identificando padrões de prescrição, complicações e desfechos em residentes. Essa avaliação contínua é essencial para ajustar as práticas e melhorar os resultados.

Educação de Residentes e Familiares: Desempenho de um papel educativo ao fornecer informações sobre infecções urinárias, a importância do uso apropriado de antibióticos e a relevância das novas diretrizes aos residentes e suas famílias.

Em resumo, o enfermeiro desempenha um papel integral na implementação de estratégias para prevenir e controlar infecções urinárias, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde e garantindo a adesão às melhores práticas e diretrizes atualizadas.

Conclusion

Da presente scoping review emergem conclusões valiosas que evidenciam a complexidade do ambiente comunitário, mais concretamente contexto domiciliário, onde se inserem lares e instituições, com fatores clínicos, ambientais e socioeconómicos próprios, que interligados influenciam o desenvolvimento de IACS, com enfoque particular nas ITUs.

A transição do paradigma hospitalar para o domiciliário apresenta desafios significativos, destacando-se a importância do estabelecimento de diretrizes claras e procedimentos uniformizados no que diz respeito à prevenção e controlo de infeções, adquirindo o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária um papel proativo. As ITUs, sendo prevalentes em adultos e idosos, e a sua associação direta entre idade avançada e risco aumentado de IACS, tornam-se uma área crítica de intervenção, com a necessidade de abordagens multidisciplinares e programas de gestão de antimicrobianos.

As investigações de Nace et al. (2020) e Rutten et al. (2022) sublinham a eficácia de estratégias multidisciplinares na melhoria da prescrição de antibióticos e na prevenção de ITUs em lares de idosos. O enfermeiro, nesse contexto, desempenha um papel central, envolvendo-se em áreas que vão desde a implementação de diretrizes até a educação de residentes e familiares, destacando a sua importância na coordenação e colaboração interprofissional. Adicionalmente, as revisões de Cristina et al. (2021) e Maelegheer et al. (2020) enfatizam a complexidade das ITUs em ambiente domiciliar, sublinhando a necessidade de formação contínua dirigida aos profissionais de saúde e o papel crucial dos fatores ambientais na propagação de infeções.

Em síntese, a compreensão holística das IACS em contextos domiciliários e de lares de idosos é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e controlo. O enfermeiro, enquanto peça fundamental dessa abordagem, desempenha um papel multifacetado, desde a implementação de práticas baseadas em evidências até a educação e coordenação interprofissional, contribuindo assim para a segurança e bem-estar dos indivíduos vulneráveis sob seus cuidados.

Acknowledgments

Agradecimento à Professora Lígia Monterroso por todo o apoio prestado ao longo do desenvolvimento desta scoping review.

Funding

A presente revisão não é financiada.

Conflicts of interest

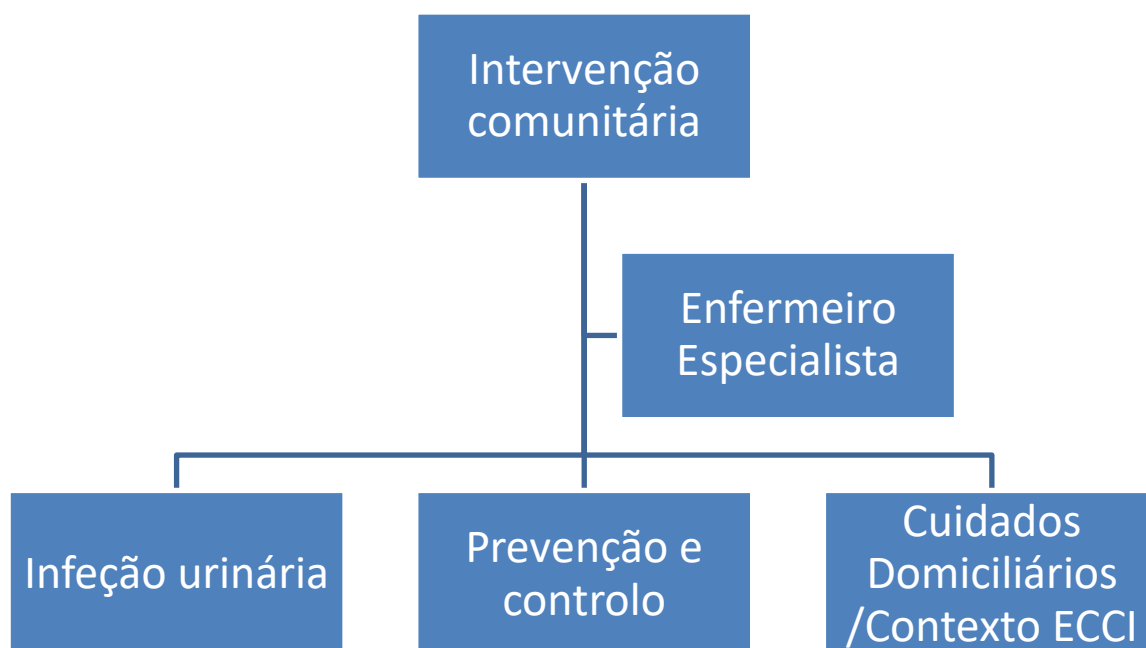
Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

References

- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Urinary Tract Infections (UTIs). Recuperado de <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/uti.html>
- Cristina, M. L., Spagnolo, A. M., Giribone, L., Demartini, A., & Sartini, M. (2021). Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(10), 5333. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105333>
- Maelegheer, K., Dumitrescu, I., Verpaelst, N., Masson, H., Broucke, C., Braekeveld, P., Backaert, D., Mensaert, C., Leroux-Roels, I., & Floré, K. (2020). Infection prevention and control challenges in Flemish homecare nursing: a pilot study. *British Journal of Community Nursing*, 25(3), 114-121.
- Nace, D. A., Hanlon, J. T., Crnich, C. J., Drinka, P. J., Schweon, S. J., Anderson, G., & Perera, S. (2020). A Multifaceted Antimicrobial Stewardship Program for the Treatment of Uncomplicated Cystitis in Nursing Home Residents. *JAMA International Medicine*, 180(7), 1–9.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

- Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro. Diário da República n.º26/2019, Série II. (4744 – 4750). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Rutten, J. J. S., van Buul, L. W., Smalbrugge, M., Geerlings, S. E., Gerritsen, D. L., Natsch, S., Sloane, P. D., van der Wouden, J. C., Twisk, J. W. R., & Hertogh, C. M. P. M. (2022). An Electronic Health Record Integrated Decision Tool and Supportive Interventions to Improve Antibiotic Prescribing for Urinary Tract Infections in Nursing Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 17(5), 123-136. <https://doi.org/10.2147/CIA.S354923>
- The Joanna Briggs Institute (2014). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation

Appendix I: Conceptual Map



Appendix II: Search strategy

Termos Indexados	PubMed	Plataforma EBSCOhost			
		Medline Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete
#1 ("Home Care Services" OR "Care Services, Home" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR Services, Home Care).	1.026	0	635	0	845
#2 "nurs*"	11.838	0	2.755	0	16.588
#3 "urinary tract infection" [MeSH]	545	0	70	0	220
#4 "Infection control" [MeSH]	5.039	0	56	0	407
#1 AND #2	400	0	161	0	286
#1 AND #2 AND #3	4	0	1	0	3
#1 AND #2 AND #3 AND #4	3	0	1	0	2
Limited to	"TITLE/ABSTRACT" "Text availabilit: "Free full text"; "Article type: Clinical Trial, Meta-Analysis, systematic Review"; Publication date [novembro de 2018 - novembro de 2023]; Language: "English, Portuguese,Spanish"	Resumo disponível, Língua "English, Portuguese, Spanish", Humano.	Texto completo em pdf		Resumo disponível, Língua "English, Portuguese, Spanish" Humano,

Appendix III: Data extraction instrument

Título da Revisão (1): Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A scoping review protocol.

Review question(s)

Quais as práticas do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Inclusion criteria

Participants

Pessoa cuidada, independentemente da idade

Concept

Intervenção comunitária;
 Enfermeiro especialista;
 Prevenção e controlo,
 Infecções do Trato Urinário;

Context

Cuidados Domiciliários (contexto de ECCL)

Autores:

David A. Nace, Joseph T. Hanlon, Christopher J. Crnich, Paul J. Drinka, Steven J. Schweon, Gulsum Anderson e Subashan Perera.

Ano da Publicação: 2020

País de origem: Estados Unidos

Objetivos:

“To determine the association of a multifaceted antimicrobial stewardship and quality improvement intervention with the reduction in unnecessary antimicrobial use for unlikely cystitis among noncatheterized nursing home residents.”

Metodologia/métodos: “A quality improvement intervention evaluation was conducted to target antimicrobial use among residents with unlikely cystitis in 25 nursing homes across the United States. Baseline data were collected between February 1, 2017, and April 30, 2017. The intervention was conducted from May 1, 2017, to April 30, 2018.”

“Intervention nursing homes (n = 12) were randomized to receive a 1-hour introductory webinar, pocket-sized educational cards, tools for system change, and educational clinical vignettes addressing the diagnosis

and treatment of suspected uncomplicated cystitis. Monthly web-based coaching calls were held for staff of intervention nursing homes. All facilities received quarterly feedback reports regarding the management of uncomplicated cystitis. Control group nursing homes (n = 13) received usual care.”

“Inclusion criteria were administrative support confirmed by a signed participation letter, a completed facility demographics form, and willingness to submit deidentified baseline and follow-up case report forms for each suspected nursing home-acquired UTI as well as a monthly summary sheet identifying aggregate facility-level metrics. “

“The University of Pittsburgh institutional review board reviewed the study protocol and determined it not to be human participants research; no informed consent was required. The University of Pittsburgh Medical Center Quality Council approved the work as a quality improvement project.”

“Diagnostic criteria for these categories have been previously published.¹⁶ Overall antibiotic use for any UTI was also measured. Patient safety variables included *Clostridioides difficile* (formerly *Clostridium difficile*) infections and all-cause hospitalizations and deaths. *C difficile* was defined according to each facility’s established protocol. Outcome data were obtained from deidentified individual case report forms, paired urine culture results, and monthly summary reports provided by the study nursing homes. Data forms were limited to 1 page to facilitate data collection. The consistency and accuracy of data collection was addressed through monitoring by the study coordinator (G.A.) and recurring standardized data collection training sessions.”

“For descriptive purposes, data on the number of urine cultures performed, complicated UTIs, catheter use, cases of uncomplicated cystitis, and cases of unlikely cystitis during the run-in period were tabulated. Descriptive statistics were used to summarize continuous and categorical variables stratified by group, facility, and/or month. (...)For the main analysis, we fitted a series of generalized estimating equation models with a Poisson distribution for each of the monthly count outcomes as the dependent variable, a logarithmic link function, natural logarithm of facility resident-days within the month as an offset to account for exposure, intervention group as the independent variable of interest, run-in period rate of outcome as a covariate, and an exchangeable working correlation structure to account for correlation between data from the same facility across different months. All analyses were conducted using SAS, version 9.3 software (SAS Institute Inc).”

Ø Fontes de pesquisa utilizadas:

- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS);
- President’s Advisory Council on Combating Antibiotic-Resistant Bacteria;
- Nace DA, Perera SK, Hanlon JT, et al.. The Improving Outcomes of UTI Management in Long-Term Care Project (IOU) consensus guidelines for the diagnosis of uncomplicated cystitis in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- Hanlon JT, Perera S, Drinka PJ, et al.. The IOU consensus recommendations for empirical therapy of cystitis in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Ø Interpretação desenvolvida:

Os autores reconhecem que as ITU’s são as infeções mais comuns em casas de repouso e que a maioria do uso de antibióticos destina-se a cistite improvável (ou seja, sintomas inespecíficos e resultados positivos de cultura secundários a bacteriúria assintomática ou uma amostra inadequada colheita de urina), o que consideram desnecessário e inadequado. O uso de antibióticos está associado a um aumento do risco de resistência antimicrobiana, eventos adversos a medicamentos e infeções por *Clostridioides difficile*.

A intervenção concentrou-se na cistite não complicada e incluiu:

- (1) um webinar (1 hora apresentado por um médico, farmacêutico e especialista em prevenção de infecções) – abordadas informações sobre o projeto, diretrizes diagnósticas e de tratamento para cistite não complicada e promoção da uniformização de procedimentos de diagnóstico e gestão de antibióticos em casas de repouso com os requisitos federais e programas de garantia de qualidade e melhoria de desempenho.
- (2) fornecimento de cartazes e cartões educativos de bolso com diretrizes diagnósticas e de tratamento;
- (3) formulários padronizados de pedidos médicos para o diagnóstico e tratamento de suspeita de cistite não complicada;
- (4) uma folha de monitorização ativa projetada para melhorar a identificação e documentação de sinais e sintomas associados ao diagnóstico de ITUs;
- (5) vinhetas clínicas educativas, direcionadas a prescritores e equipe de enfermagem;
- (6) auditoria e feedback de rotina ao nível da instituição sobre taxas de ITU, conformidade com as diretrizes e resultados associados usando dados sumativos; e
- (7) sessões de treinamento para a equipa de enfermagem, farmácia e prescrição das casas de repouso de intervenção.
- (8) chamada telefônica de treinamento individual com a enfermeira de controlo de infeção ou diretora de enfermagem de cada instituição para revisar as informações de feedback da instituição, avaliar o uso das ferramentas de gestão (identificar quais ferramentas estavam sendo usadas) e responder a perguntas.

A intervenção de melhoria de qualidade multifacetada e de gestão antimicrobiana implementada pelos autores revelou melhoria no uso de antibióticos para ITU, nomeadamente redução na incidência de uso de antibióticos para casos improváveis de cistite em 27% e no uso geral de antibióticos para qualquer tipo de ITU em 17%. A redução no uso de antibióticos mostrou-se segura, sem diferenças significativas na taxa de hospitalização por qualquer causa ou morte.

Casas de repouso enfrentam muitos desafios na abordagem da gestão antimicrobiana, incluindo falta de pessoal, experiência profissional limitada, altas taxas de rotatividade de pessoal e dificuldades em envolver efetivamente os prescritores. Abordagens pragmáticas para a gestão antimicrobiana são, portanto, importantes nesse contexto. As ferramentas desenvolvidas e implementadas promoveram a educação e a mudança organizacional, visando componentes comuns do sistema de trabalho.

A intervenção de melhoria de qualidade multifacetada, de baixa intensidade, esta associada a uma redução no risco de tratamento inadequado de casos improváveis de cistite e no uso geral de antibióticos para infecções do trato urinário (ITU). Sugerem estudos adicionais para avaliar se a intervenção poderia auxiliar as instituições no cumprimento dos novos requisitos e políticas para gestão de antimicrobianos e programas de garantia de qualidade e melhoria de desempenho em casas de repouso.

Ø Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS- Level 3 – Cohort studies
Level 3.b – Cohortstudy (or control arm of RCT)

Ø Contributo para a questão de revisão:

As infecções do trato urinário estão entre as infecções mais frequentes em adultos e idosos, sendo a razão mais comum para a prescrição de antibioterapia em lares de idosos (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014). Nesta população é crucial um bom diagnóstico e prevenção de infecções, pois a excessiva utilização de antibióticos pode levar a consequências negativas (ex. Desenvolvimento de organismos multirresistentes) (Nicolle, 2000).

A elevada prevalência de ITU's nas casas de repouso pode estar relacionada com a incorreta colheita da amostra de urina para análise (Intervenção enfermagem e médica) e má prescrição de antimicrobianos (Intervenção médica). Necessária intervenção multidisciplinar. O uso de antibióticos por sua vez está

associado a condições negativas, como aumento da resistência antimicrobiana, eventos adversos a medicamentos e infeções por *Clostridioides difficile*.

Referencia a programas de gestão de antimicrobianos como uma estratégia fundamental de âmbito nacional no combate à resistência antimicrobiana, prevenção de infeções e melhoria na segurança do doente. A intervenção incidiu na educação da equipa de enfermagem, farmácia e prescrição; disseminação de diretrizes para o diagnóstico e tratamento; ferramentas para mudança no sistema; auditoria; e feedback da instituição. As diretrizes previamente publicadas usadas nesta intervenção foram desenvolvidas com base em pesquisas, com um painel de médicos e farmacêuticos especialistas.

Este estudo sugere que uma intervenção abrangente de baixa intensidade esteve associada a uma melhoria na prescrição de antibióticos para cistite não complicada em uma coorte de casas de repouso, sem uma associação adversa com outros resultados de segurança.

O estudo apresenta pontos fortes: utilização de ferramentas práticas, Conferências online e chamadas de treinamento que permitiram fornecer treinamento a um custo mínimo, evitando a necessidade de educação no local e ampliando significativamente o número de instituições envolvidas, também foi eficaz a emissão de certificados de participação em um programa de gestão antimicrobiana e garantia de qualidade e melhoria de desempenho.

Título da Revisão (2): Prevenção da Infeção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A scoping review protocol.

Review question(s)

Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Inclusion criteria

Participants

Pessoa cuidada, independentemente da idade

Concept

Intervenção comunitária;
 Enfermeiro especialista;
 Prevenção e controlo,
 Infeções do Trato Urinário;

Context

Cuidados Domiciliários (contexto de ECCI)

Autores: Karel Maelegheer, Irina Dumitrescu, Nele Verpaelst, Hanna Masson, Caroline Broucke, Pedro Braekeveld, Diego Backaert, Caro Mensaert, Isabel Leroux-Roels, Katelijne Floré

Ano da Publicação: 2020

Pais de origem: Bélgica

Objetivos:

“the objective of the present study was to investigate the demographic characteristics, comorbidities and living conditions of this specific patient group, in order to better understand the indications for homecare nursing and to measure the prevalence of two types of HAIs (skin and soft tissue infections and urinary tract infections) in the Flemish homecare setting”

Metodologia/métodos:

“This study was conducted by the Flemish infection control group of home nurses (Flemish Infection Control Group of Home Nurses, 2020).”

“All stakeholders in homecare in the Flanders region, specifically, public companies that provide homecare and the organisations representing independent homecare nurses, were contacted and asked to participate in the study. This group could be divided in two subgroups: home healthcare agencies and self-employed nurses”

“The data collection period was between 7 May and 20 July 2018. The study protocol was based on a previous protocol on HAIs and antimicrobial use in European long-term care facilities (HALT-3 surveys) (ECDC, 2014a; 2014b; 2014c; 2016).”

“A randomised selection, based on the sequence of the nurses’ patient lists, was performed to include patients. After obtaining verbal informed consent from the patient, the participating homecare nurses were asked to fill in questionnaires based on the patient’s healthcare record. The patient’s consent was registered in the questionnaire. This study and the methodology were approved by the ethics committee of Ghent University Hospital. A power calculation (based on the prevalence of homecare and an estimation of HAI) was performed using the online tool EPI-INFO, provided by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). According to this calculation, 2000 patients were required to generate representative results”

“The majority of questionnaires were completed on the web-based survey platform SNAP (Quality and Marketing Solution, Belgium, version 11.25). A preliminary data analysis was automatically performed by the platform. Statistical analyses were performed using MedCalc (MedCalc, Belgium, version 12.7.0.0)”

Fontes de pesquisa utilizadas:

- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology
- European Centre for Disease Prevention and Control.
- Flemish Infection Control Group of Home Nurses
- World Health Organization

Interpretação desenvolvida:

Estudo desenvolvido pela Flemish Infection Control Group of Home Nurses, em que os principais cuidados realizados pelas enfermeiras no domicílio foram a prestação de cuidados de higiene pessoal, tratamento de feridas e preparação da terapêutica farmacológica (oral ou intravenosa). No seu estudo tiveram em consideração a avaliação de fatores como acesso a água potável e rede de esgotos, condições da casa de banho (existência ou não de banho/chuveiro) e presença de animais de estimação, comorbilidade (diabetes mellitus, insuficiência venosa e cardíaca, doenças reumáticas, cancro e demências), presença de dispositivos médicos nomeadamente cateteres urinários (74 cateter suprapubicos , 13 cateteres uretrais e 3 nefrostomias).

Os desafios enfrentados pelas enfermeiras em contexto domiciliário no âmbito da prevenção e controlo de infeções está relacionado com as condições ambientais, ou seja, a habitação dos utentes e seus hábitos de higiene.

Uma das conclusões dos autores foi que a variação considerável nos ambientes de trabalho das enfermeiras de apoio domiciliar complica o desenvolvimento de diretrizes simples e uniformes de controlo de infeções. Apoiando-se nas ideias de Felemban et al. (2015), que descreveram dois desafios adicionais: acesso a material apropriado e higiene pessoal dos utentes. O questionário que aplicaram no presente estudo não se concentrou no equipamento necessário pelas enfermeiras, mas, na maioria dos casos, os autores consideram que esse obstáculo pode ser superado por meio de medidas simples, como desinfecção das mãos

com solução alcoólica e utilização de equipamentos de proteção individual (luvas e máscara). Por outro lado, consideram que a higiene pessoal da pessoa cuidada é um desafio mais difícil de superar.

Na Bélgica, nos tratamentos a feridas, a responsabilidade de aquisição e manutenção do material e apósitos é da pessoa que irá receber os cuidados, podendo o armazenamento desses materiais ser problemático, e preocupações financeiras obrigar à reutilização de produtos.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.c – RCT

Contributo para a questão de revisão:

Juntamente com a mudança do paradigma hospitalar para o domiciliar, a importância das infeções associadas à assistência à saúde (IAAS) na assistência domiciliar está a aumentar em toda a Europa (Tarricone e Tsouros, 2008). Atualmente, as pessoas têm alta hospitalar para domicílio com a presença de dispositivos médicos como cateteres venosos e urinários, o que exige cuidados mais específicos, resultando na necessidade de formação adicional dos enfermeiros que prestam cuidados no domicílio, com enfoque específico na prevenção e controlo de infeções. Shang et al (2014) estudaram os fatores de risco de infeções em ambiente domiciliar, tendo concluído que o risco de infeção associada à assistência em saúde era maior em pessoas vulneráveis que recebem tratamentos mais invasivos e intensivos (Shang et al, 2014). Contudo, os dados sobre a prevalência de IAAS no ambiente de assistência domiciliar são escassos em comparação com os do ambiente hospitalar.

À medida que a expectativa de vida aumenta progressivamente e mais pacientes são tratados em casa por razões económicas e sociais, é provável que a incidência de infeções em contexto domiciliário aumente. Dados demográficos mostram que a maioria das pessoas cuidadas em contexto domiciliário são de idade avançada, o que é um fator de risco conhecido para desenvolvimento de infeções. Os resultados do estudo indicam que a maioria das intervenções realizadas regularmente por enfermeiras em contexto domiciliário estão relacionada com a higiene e tratamento de feridas crónicas.

Conforme concluído por Manangan et al. (2002), há uma necessidade de educação e formação em Prevenção e controlo de infeções dos profissionais de saúde, enfermeiros e outros, e os hospitais podem desempenhar um papel importante no nessa formação. Os enfermeiros domiciliários são formados para prestarem cuidados, e a adesão às precauções padrão e o uso correto e disponibilidade de equipamentos de proteção individual devem contribuir para a Prevenção e Controlo de Infeções.

Os autores referem que a acreditação em contexto domiciliário ainda está em progressão, contudo a acreditação das unidades pode ser o impulso ideal para a implementação de prática de medidas adicionais de Prevenção e Controlo de Infeção e protocolos de vigilância.

Este estudo fornece algumas visões sobre o panorama de prestação de cuidados de saúde no domicílio na Bélgica e pode contribuir para estudos subsequentes sobre o risco de infeções nesse ambiente. Uma pesquisa nacional padronizada é essencial para a colheita de mais dados sobre a prevalência de infeções em contexto domiciliários, o que pode ajudar no desenvolvimento de diretrizes especificamente adaptadas para a enfermagem domiciliar. Para apoiar estes serviços torna-se ainda necessário o financiamento adequado, com enfoque na garantia de adequado número de profissionais e a formação dos mesmos.

Título da Revisão (3): Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A scoping review protocol.

Review question(s)

Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Inclusion criteria

Participants

Pessoa cuidada, independentemente da idade

Concept

Intervenção comunitária;
 Enfermeiro especialista;
 Prevenção e controlo,
 Infecções do Trato Urinário;

Context

Cuidados Domiciliários (contexto de ECCI)

Autor/es: Cristina, M.L.; Spagnolo, A.M.; Giribone, L.; Demartini, A. e Sartini, M.

Ano da Publicação: 2021

País de origem: Itália

Objetivos: “summarizes/synthesizes what has been written on the topic, without collecting or analyzing any primary data”

Metodologia/métodos: “This paper is a narrative review”

- 2. HAIs in the Elderly 2.1. HAIs in Healthcare Facilities; 2.2. HAIs by Clostridium Difficile; 2.3. HAIs by Molds; 2.4. COVID-19
- 3. Physiopathological and Predisposing Factors in Older Patients
- 4. HAIs and Terminal Illness
- 5. The Issue of Rehospitalization
- 6. HAIs Prevention
- 7. Conclusions

Author Contributions: M.L.C. and M.S. designed and developed the framework, did literature searches, and wrote the manuscript. A.D. and L.G. did literature searches and wrote the manuscript. A.M.S. contributed to the editing and quality control and helped with the literature review. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript

Fontes de pesquisa utilizadas:

- ECDC
- CDC
- Centers for Disease Control and Prevention.
- The Joint Commission

- Centers for Disease Control and Prevention and the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

Interpretação desenvolvida:

O risco de infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde aumenta linearmente com o aumento da idade (Cairns et al.) Mais especificamente, a prevalência de IRAS é de 11,5% em pacientes com mais de 85 anos, enquanto é de 7,4% em pacientes com menos de 65 anos. O controlo de microorganismo é difícil em casas de repouso, tipo lar, pois os residentes fazem refeições juntos e participam em atividades comunitárias [15–17]. O estudo de prevalência conduzido por Cairns et al. [3] evidenciou que as infeções do trato respiratório são as mais frequentes entre as infeções associadas à assistência à saúde, sendo seguidas pelas infeções do trato urinário [4]. A origem das infeções do trato urinário (ITU) apresenta variações entre pacientes não cateterizados (ou aqueles cateterizados por menos de 30 dias) e pacientes com cateter crônico permanente (cateterizados por mais de 30 dias). Essa distinção se deve ao fato de que os cateteres foram identificados como uma fonte comum de infecção. No primeiro cenário, as ITUs geralmente se manifestam como infeções causadas por um único microorganismo, sendo a *Escherichia coli* o agente etiológico mais comum. Já no segundo caso, a infecção assume um caráter polimicrobiano, com uma composição bacteriana que pode variar [26,27]. Vale ressaltar que a colonização do cateter urinário frequentemente ocorre após o período de hospitalização [20]. Além da questão da cateterização, diversos fatores predisponentes contribuem para as infeções do trato urinário em pacientes idosos. A bexiga neurogênica, associada a condições como Alzheimer e Parkinson, acrescenta complexidade ao quadro. A diabetes mellitus, especialmente quando o controlo glicêmico é inadequado, emerge como um fator predisponente significativo. A ausência de estrogênio, o resíduo pós-miccional e a incontinência em mulheres pós-menopáusicas são também elementos relevantes. Outras condições do trato urinário incluem prostatite crônica, hipertrofia prostática, cistocelo e obstruções como pedras nos rins ou neoplasias [28].

Os fatores ambientais desempenham um papel crucial nesse contexto. Áreas contaminadas de pacientes e/ou dispositivos de assistência à saúde, juntamente com a higiene deficiente das mãos por parte dos profissionais de saúde e a má higiene em pacientes dependentes, contribuem para a propagação das infeções [26]. Em síntese, a pesquisa revela a complexidade das ITUs em pacientes idosos, destacando a importância de compreender e abordar não apenas os fatores clínicos, mas também os ambientais. Essa abordagem holística é fundamental para mitigar os riscos associados às infeções do trato urinário nessa parcela vulnerável da população. Pacientes idosos são identificados como estando no grupo de alto risco para o desenvolvimento de infeções associadas à assistência à saúde (HAIs); de fato, a infecção é a principal causa de morte em um terço das pessoas com 65 anos ou mais [34,38,42].

Outro fator a ser levado em consideração é que os pacientes geriátricos são frequentemente transferidos de uma instalação (casas de repouso, instalações de enfermagem especializada, cuidados domiciliares e outras clínicas especializadas) para outra ou de um setor hospitalar para outro. Essas transições causam fragmentação do cuidado, o que pode minar a eficácia do tratamento e permitir que patógenos sejam transferidos de um ambiente para outro e de uma pessoa para outra. Em outras palavras, o controlo de infeções em pacientes mais idosos varia dependendo do serviço de saúde prestado (por exemplo, ventilação assistida ou inserção de cateter), fatores intrínsecos e da frequência de contato do paciente com profissionais de saúde e/ou cuidadores. A comunicação rápida e eficaz durante a transferência de pacientes ajuda a reduzir o risco de infeções associadas à assistência à saúde [66].

Antes de dar alta a um paciente, é crucial informá-lo e informar suas famílias e/ou cuidadores sobre práticas de higiene que podem ajudar a prevenir infeções e a terapia farmacológica (se houver) a ser seguida. Também é essencial garantir um acompanhamento adequado por meio de comunicação rápida e direta entre paciente/família e médico/instituição de saúde [71–74]. Fatores que contribuem para falhas na comunicação incluem informações insuficientes, métodos de comunicação ineficazes, falta de tempo, distrações, falta de procedimentos padronizados e falta de pessoal suficiente [75]. Um estudo de Hoffman et al. [70] mostrou o quão importante é gerenciar corretamente pacientes que contraíram uma infecção associada à assistência à saúde após receber alta para casa.

Vários estudos avaliaram os fatores de risco para infecção em pacientes que recebem atendimento domiciliar (infecções não incluídas em relatórios de IAAS) e identificaram cateteres de permanência como a principal causa [76–78]. O status socioeconômico é outro fator de risco que afeta a higiene domiciliar e a possibilidade de acessar os serviços de saúde necessários. Pacientes com baixo status socioeconômico têm maior risco de contrair uma infecção durante o período pós-alta [79]. Em 2008, a Associação de Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia, Inc. e o Comitê Consultivo de Práticas de Controle de Infecção em Saúde Pública dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças publicaram as definições para vigilância de infecções em atendimento domiciliar, destacando como cuidadores e o ambiente domiciliar podem influenciar o risco de infecção do paciente [76,80]. A comunicação ineficaz entre vários clínicos envolvidos no cuidado ao paciente pode comprometer significativamente a segurança do paciente e a recuperação a longo prazo [76]. Prevenção de IAAS A prevenção e o controle de IAAS são essenciais para reduzir o impacto dessas infecções e, mais geralmente, para reduzir a disseminação de microrganismos multirresistentes. As principais medidas preventivas para limitar a ocorrência das IAAS mais frequentes descritas acima estão documentadas na literatura. A principal medida preventiva para reduzir o risco de infecção do trato urinário (ITU) é evitar a cateterização quando não for absolutamente necessário, como ao colher amostras de urina ou em cirurgias que não envolvam a bexiga, órgãos genitais femininos ou trato gastrointestinal. Alternativas à cateterização, como intervenções farmacológicas ou reabilitativas, devem ser buscadas sempre que possível para gerenciar a incontinência. Caso não seja possível evitar o uso de um cateter uretral, é essencial utilizar a técnica asséptica e minimizar a duração da cateterização [83,84]. A educação do paciente sobre o uso de uma técnica de cateterização higiênica e a limpeza adequada de cateteres reutilizáveis são extremamente importantes na prevenção de ITUs relacionadas ao cuidado domiciliar.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS 1. Qualitative or mixed-methodssystematic review

Contributo para a questão de revisão:

Intervenções no âmbito da prevenção e controle de ITU são a lavagem e desinfecção das mãos dos profissionais de saúde. As mãos dos profissionais podem se contaminar por meio do contato com pacientes colonizados/infetados ou com superfícies, sabonetes, cremes ou água contaminados. Consequentemente, os profissionais de saúde têm um papel decisivo no controle desse tipo de transmissão. A aplicação de medidas de controle comportamentais e procedimental da equipa de saúde, como a adesão rigorosa aos protocolos de higiene das mãos, é extremamente importante para interromper a propagação de resistência a antimicrobianos [89]. As taxas de infecção associada à assistência à saúde podem ser reduzidas garantindo uma higiene adequada das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Outras intervenções incluem estratégias adequadas de isolamento, esterilização e desinfecção, profilaxia antibiótica apropriada, minimização de procedimentos invasivos para reduzir o risco de infecções endógenas, vigilância de infecções para identificar e controlar surtos, melhoria das práticas de assistência à saúde e educação contínua para os profissionais de saúde. Além disso, a limpeza e desinfecção ambientais são componentes importantes de uma estratégia abrangente [90]. De uma perspectiva mais ampla, a estratégia dos diversos sistemas de saúde deve incluir caminhos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adaptados com uma boa relação custo/efetividade. As estratégias de saúde também devem capacitar cada vez mais a pessoa cuidada e suas famílias, promovendo a continuidade do cuidado entre hospitais e a comunidade.

Título da Revisão (4): Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. A scoping review protocol.

Review question(s)

Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Inclusion criteria

Participants

Pessoa cuidada, independentemente da idade

Concept

Intervenção comunitária;
 Enfermeiro especialista;
 Prevenção e controlo,
 Infecções do Trato Urinário;

Context

Cuidados Domiciliários (contexto de ECCI)

Autor/es:

Jeanine J.S. Rutten, Laura W. van Buul, Martin Smalbrugge, Suzanne E. Geerlings, Debby L. Gerritsen, Stephanie Natsch, Philip D. Sloane, Johannes C. van der Wouden, Jos W.R. Twisk, Cees M.P.M. Hertogh

Ano da Publicação: 2022

País de origem: Holanda

Objetivos: “Objective: To investigate whether an electronic health record (EHR)integrated decision tool, combined with supportive interventions, results in more appropriate antibiotic prescribing in nursing home (NH) residents with suspected urinary tract infection (UTI), without negative consequences for residents”

“the aim of this study was to investigate whether the EHR-integrated decision tool, in combination with supportive interventions for physicians and nursing staff, results in more appropriate antibiotic prescribing in residents with suspected UTI, without negative consequences for residents”

Metodologia/métodos:

“Design: Cluster randomized controlled trial with NHs as the randomization unit; intervention group NHs received the EHR-integrated decision tool and supportive interventions, and control group NHs provided care as usual. Setting and Participants: 212 residents with suspected UTI, from 16 NHs in the Netherlands. Methods: Physicians collected data at index consultation (ie, UTI suspicion) and during a 21-day followup period (March 2019eMarch 2020). Overall antibiotic prescribing data at NH level, 12 months prior to and during the study, was derived from the electronic prescribing system. The primary study outcome was the percentage of antibiotic prescriptions for suspected UTI that was appropriate, at index consultation. Secondary study outcomes included changes in treatment decision, complications, UTI-related hospitalization, and mortality during follow-up; and pre-post study changes in antibiotic prescribing at the NH level”

Fontes de pesquisa utilizadas:

- National Institute for Public Health and the Environment
- Dutch Association of Elderly Care Physicians (Verenso)

Interpretação desenvolvida:

Os antibióticos são frequentemente prescritos em lares de idosos especialmente para ITU (1). Contudo, nem sempre são prescrições adequadas, pois a sua prescrição é desafiadora (2). As dificuldades decorrem da dificuldade dos residentes em relatar ou indicar sintomas (3), da pressão exercida pela equipa de enfermagem, residentes e famílias para a prescrição (5), ou até mesmo a prescrição frequente dos médicos para “mais vale prevenir que remediar” (6).

Os antibióticos são frequentemente prescritos de forma inadequada para residentes com sinais e sintomas não específicos, como alterações no comportamento ou estado mental. Os médicos regularmente atribuem tais sinais e sintomas a ITUs, embora estes possam ser expressão de muitas outras causas. (7).

As desvantagens da prescrição inadequada de antibióticos incluem efeitos colaterais, interações medicamentosas, infeções intestinais causadas por *Clostridium difficile*.(13,14) e contribui para o desenvolvimento de resistências aos antibióticos (1). Além disso, o uso inadequado de antibióticos pode levar ao subtratamento de outras condições. Considerando essas desvantagens, é importante promover a prescrição apropriada de antibióticos.

Os autores desenvolveram uma ferramenta de decisão integrada ao registo eletrónico de saúde, com base numa ferramenta de decisão previamente desenvolvida para o tratamento de suspeitas de ITU em adultos mais velhos e frágeis.15, em combinação com intervenções de suporte para médicos e enfermeiros.

As intervenções de suporte utilizadas para os médicos e enfermeiros foram sessões interativas e e-learning, apresentação de vídeos, fornecimento de cartões de bolso e um folheto informativo para entregar aos residentes e/ou suas famílias) Observou-se que os antibióticos para ITU foram prescritos de maneira mais apropriada no grupo de intervenção; no entanto, houve evidências insuficientes do efeito. Consequências negativas para os residentes com suspeita de ITU, como complicações e hospitalização e mortalidade relacionadas à ITU, foram raras e ocorreram principalmente em pacientes que receberam prescrição de antibióticos.

A reflexão sobre o papel do enfermeiro neste contexto pode ser abordada considerando a natureza multidisciplinar da intervenção desenvolvida no estudo. O enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação e implementação de estratégias de cuidado que visam melhorar a prescrição de antibióticos em residentes de lares de idosos. A força do estudo reside na intervenção multidisciplinar que envolve tanto médicos como enfermeiros. O enfermeiro desempenha um papel vital na colaboração interprofissional, garantindo a comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde. A conclusão de que não há evidências suficientes para a intervenção multidisciplinar destaca a complexidade do desafio e a necessidade de abordagens mais abrangentes

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS- Level 3 – Cohort studies
Level 3.b – Cohortstudy (or control arm of RCT)

Contributo para a questão de revisão:

O papel do enfermeiro na prevenção e controlo de infeções urinárias pode envolver várias áreas de atuação:

Conhecimento e Implementação de Diretrizes: O enfermeiro pode desempenhar um papel essencial ao conhecer e implementar as diretrizes nacionais atualizadas relacionadas ao uso de antibióticos e ferramentas de decisão. Isso pode incluir a integração de ferramentas específicas no registo eletrónico de saúde para facilitar a tomada de decisões.

Conscientização e Educação: Ao participar ativamente de estudos e intervenções, o enfermeiro pode

aumentar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre a prescrição apropriada de antibióticos. Isso pode envolver a disseminação de informações sobre novas diretrizes e ferramentas de decisão.

Colaboração Interprofissional: O enfermeiro pode colaborar com outros membros da equipa de saúde para garantir uma abordagem interprofissional na prevenção de infeções urinárias. Isso pode incluir sessões interativas e distribuição de material educativo.

Monitorização e Colheita de Dados: O enfermeiro desempenha um papel crucial na colheita de dados relevantes por meio de registos eletrónicos de saúde. Isso contribui para avaliar a eficácia das intervenções e identificar áreas de melhoria.

Promoção de Práticas de Prescrição Conscientes: O enfermeiro pode promover práticas conscientes de prescrição, incentivando a avaliação criteriosa dos sintomas e a consideração das novas diretrizes ao tomar decisões sobre o uso de antibióticos.

Avaliação de Resultados: O enfermeiro pode contribuir para a avaliação dos resultados das intervenções, identificando padrões de prescrição, complicações e desfechos em residentes. Essa avaliação contínua é essencial para ajustar as práticas e melhorar os resultados.

Educação de Residentes e Familiares: Desempenho de um papel educativo ao fornecer informações sobre infeções urinárias, a importância do uso apropriado de antibióticos e a relevância das novas diretrizes aos residentes e suas famílias.

Em resumo, o enfermeiro desempenha um papel integral na implementação de estratégias para prevenir e controlar infeções urinárias, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde e garantindo a adesão às melhores práticas e diretrizes atualizadas.

Appendix IV: Characteristics of included studies

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
-------	-------------	--------	--------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Nace, D. A., Hanlon, J. T., Crnich, C. J., Drinka, P. J., Schweon, S. J., Anderson, G. & Perera, S. (2020). A Multifaceted Antimicrobial Stewardship Program for the Treatment of Uncomplicated Cystitis in Nursing Home Residents. JAMA International Medicine. 180(7): 1–9.</p>	<p>Estudo de Coorte – qualitativo</p>	<p>“Intervention nursing homes (n = 12) were randomized to receive a 1-hour introductory webinar, pocket-sized educational cards, tools for system change, and educational vignettes addressing the diagnosis and treatment of suspected uncomplicated cystitis. Monthly web-based coaching calls were held for staff of intervention nursing homes. All facilities received quarterly feedback reports regarding the management of uncomplicated cystitis.</p>	<p>Participating nursing homes represent a convenience sample “25 facilities randomized” “Control group nursing homes (n = 13) received usual care.”</p> <p>“Inclusion criteria were administrative support confirmed by a signed participation letter, a completed facility demographics form, and willingness to submit deidentified baseline and follow-up case report forms for each suspected nursing home–acquired UTI as well as a monthly summary sheet identifying aggregate facility-level metrics.”</p>	<p>Urinary tract infection ;</p> <p>Multifaceted antimicrobial stewardship;</p> <p>Quality improvement intervention;</p> <p>Unlikely cystitis;</p> <p>Nursing home.</p>	<p>A intervenção de melhoria de qualidade multifacetada e de gestão antimicrobiana implementada pelos autores revelou melhoria no uso de antibióticos para ITU, nomeadamente redução na incidência de uso de antibióticos para casos improváveis de cistite em 27% e no uso geral de antibióticos para qualquer tipo de ITU em 17%. A redução no uso de antibióticos mostrou-se segura, sem diferenças significativas na taxa de hospitalização por qualquer causa ou morte. Casas de repouso enfrentam muitos desafios na abordagem da gestão antimicrobiana, incluindo falta de pessoal, experiência profissional limitada, altas taxas de rotatividade de pessoal e dificuldades em envolver efetivamente os prescritores. Abordagens pragmáticas para a gestão antimicrobiana são, portanto, importantes nesse contexto. As ferramentas desenvolvidas e implementadas promoveram a educação e a mudança organizacional, visando componentes comuns do sistema de trabalho. A intervenção de melhoria de qualidade multifacetada, de baixa intensidade, esta associada a uma redução no risco de tratamento inadequado de casos improváveis de cistite e no uso geral de antibióticos para ITU. Sugerem estudos adicionais para avaliar se a intervenção poderia auxiliar as instituições no cumprimento dos requisitos e políticas para gestão de antimicrobianos e programas de garantia de qualidade e melhoria de desempenho em casas de repouso.</p>	<p>As ITU estão entre as infeções mais frequentes. A elevada prevalência de ITU's nas casas de repouso pode estar relacionada com a incorreta colheita da amostra de urina para análise (Intervenção enfermagem e médica) e má prescrição de antimicrobianos (Intervenção médica). Necessária intervenção multidisciplinar. Referencia a programas de gestão de antimicrobianos como uma estratégia fundamental de âmbito nacional no combate à resistência antimicrobiana, prevenção de infeções e melhoria na segurança do doente. A intervenção incidiu na educação da equipa de enfermagem, farmácia e prescrição; disseminação de diretrizes de diagnóstico e tratamento; ferramentas para mudança no sistema; auditoria; e feedback da instituição. A intervenção abrangente de baixa intensidade esteve associada a uma melhoria na prescrição de antibióticos para cistite não complicada em uma coorte de casas de repouso, sem associação adversa com resultados de segurança.</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Maelegheer, K., Dumitrescu, I., Verpaelst, N., Masson, H., Broucke, C., Braekeveld, P., Backaert, D., Mensaert, C., Leroux-Roels, I., Floré, K. (2020). Infection prevention and control challenges in Flemish homecare nursing: a pilot study. <i>British Journal of Community Nursing</i>. 25(3). 114-121.</p>	<p>Quantitativa</p>	<p>“conducted by the Flemish infection control group of home nurses.” “A randomised selection, based on the sequence of the nurses’ patient lists, was performed”. “ (...) the participating homecare nurses were asked to fill in questionnaires (...) approved by the ethics committee of Ghent University Hospital. A power calculation was performed using the online tool EPI-INFO” A preliminary data analysis was automatically performed by the platform. Statistical analyses were performed using MedCalc (MedCalc, Belgium, version</p>	<p>“All stakeholders in homecare in the Flanders region, specifically, public companies that provide homecare and the organisations representing independent homecare nurses, were contacted and asked to participate in the study. This group could be divided in two subgroups: home healthcare agencies and self-employed nurses”</p>	<p>Homecare e nursing; Surveillance programme; Infection prevention and control; Healthcare-associated infection</p>	<p>Estudo desenvolvido pela Flemish Infection Control Group of Home Nurses, em que os principais cuidados realizados pelas enfermeiras no domicílio foram a prestação de cuidados de higiene pessoal, tratamento de feridas e preparação da terapêutica farmacológica (oral ou intravenosa). Os desafios enfrentados pelas enfermeiras em contexto domiciliário no âmbito da prevenção e controlo de infeções está relacionado com as condições ambientais, a habitação dos utentes e seus hábitos de higiene. A variação considerável nos ambientes de trabalho das enfermeiras de apoio domiciliário complica o desenvolvimento de diretrizes simples e uniformes de controlo de infeções. Apoiando-se nas ideias de Felemban et al. (2015), que descreveram dois desafios adicionais: acesso a material apropriado e higiene pessoal dos utentes. O questionário que aplicaram no presente estudo não se concentrou no equipamento necessário pelas enfermeiras, mas, na maioria dos casos, os autores consideram que esse obstáculo pode ser superado através de desinfecção das mãos com solução alcoólica e utilização de equipamentos de proteção individual (luvas e máscara). A higiene pessoal da pessoa cuidada é um desafio mais difícil de superar. Na Bélgica, no tratamento a feridas, a responsabilidade de aquisição e manutenção do material e apósitos é da pessoa que irá receber os</p>	<p>Existência de mudança do paradigma hospitalar para o domiciliar, a importância das infeções associadas à assistência à saúde (IAAS). Presença de dispositivos médicos no domicílio (cateteres venosos e urinários). Necessidade de formação com enfoque na prevenção e controlo de infeções. O risco de infeção associada à assistência em saúde era maior em pessoas vulneráveis que recebem tratamentos mais invasivos e intensivos (Shang et al, 2014). Dados sobre a prevalência de IAAS no ambiente de assistência domiciliar são escassos em comparação com a hospitalar. Dados demográficos mostram que a maioria das pessoas cuidadas em contexto domiciliário são de idade avançada, o que é um fator de risco conhecido para desenvolvimento de infeções. Os resultados do estudo indicam que a maioria das intervenções realizadas regularmente por enfermeiras em contexto domiciliário estão relacionadas com a higiene e tratamento de feridas crônicas. Conforme concluído por Manangan et al. (2002), há uma necessidade de educação e formação em Prevenção e</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
		12.7.0.0)"			<p>cuidados, podendo o armazenamento desses materiais ser problemático, e preocupações financeiras obrigar à reutilização de produtos.</p>	<p>controlo de infeções e os hospitais podem desempenhar um papel importante. A adesão às precauções padrão e o uso correto e disponibilidade de equipamentos de proteção individual devem contribuir para a Prevenção e Controlo de Infeções.</p> <p>A acreditação das unidades pode ser o impulso ideal para a implementação de prática de medidas adicionais e protocolos de vigilância.</p> <p>Para apoiar estes serviços torna-se ainda necessário o financiamento adequado, com enfoque na garantia de adequado número de profissionais e a formação dos mesmos.</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Cristina, M.L.; Spagnolo, A.M.; Giribone, L.; Demartini, A.; Sartini, M. Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 18, 5333. 1-12.</p>	<p>Revisão da Narrativa</p>	<p>2. HAIs in the Elderly 2.1. HAIs in Healthcare Facilities; 2.2. HAIs by Clostridium Difficile; 2.3. HAIs by Molds; 2.4. COVID-19 3. Physiopathological and Predisposing Factors in Older Patients 4. HAIs and Terminal Illness 5. The Issue of Rehospitalization 6. HAIs Prevention 7. Conclusions Author Contributions: M.L.C. and M.S. designed and developed the framework, did literature searches, and wrote the manuscript. A.D. and L.G. did literature searches and wrote the</p>	<p>Artigos e bibliografia sobre a temática</p>	<p>healthcare-associated infections; elderly; epidemiology.</p>	<p>O risco de infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde aumenta linearmente com o aumento da idade (Cairns et al.) Mais especificamente, a prevalência de IRAS é de 11,5% em pacientes com mais de 85 anos, enquanto é de 7,4% em pacientes com menos de 65 anos. O controlo de microrganismo é difícil em casas de repouso, tipo lar, pois os residentes fazem refeições juntos e participam em atividades comunitárias [15–17]. O estudo de prevalência conduzido por Cairns et al. [3] evidenciou que as infeções do trato respiratório são as mais frequentes entre as infeções associadas à assistência à saúde, sendo seguidas pelas infeções do trato urinário [4]. A origem das infeções do trato urinário (ITU) apresenta variações entre pacientes não cateterizados (ou aqueles cateterizados por menos de 30 dias) e pacientes com cateter crônico permanente (cateterizados por mais de 30 dias). Essa distinção se deve ao fato de que os cateteres foram identificados como uma fonte comum de infeção. No primeiro cenário, as ITUs geralmente se manifestam como infeções causadas por um único microrganismo, sendo a Escherichia coli o agente etiológico mais comum. Já no segundo caso, a infeção assume um caráter polimicrobiano, com uma composição bacteriana que pode variar [26,27]. Vale ressaltar que a colonização do cateter urinário frequentemente ocorre após o período de hospitalização [20]. Além da questão da cateterização, diversos fatores</p>	<p>Intervenções no âmbito da prevenção e controlo de ITU são a lavagem e desinfeção das mãos dos profissionais de saúde. As mãos dos profissionais podem se contaminar por meio do contato com pacientes colonizados/infetados ou com superfícies, sabonetes, cremes ou água contaminados. Consequentemente, os profissionais de saúde têm um papel decisivo no controlo desse tipo de transmissão. A aplicação de medidas de controlo comportamentais e procedimental da equipa de saúde, como a adesão rigorosa aos protocolos de higiene das mãos, é extremamente importante para interromper a propagação de resistência a antimicrobianos [89]. As taxas de infeção associada à assistência à saúde podem ser reduzidas garantindo uma higiene adequada das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Outras intervenções incluem estratégias adequadas de isolamento, esterilização e desinfeção, profilaxia antibiótica apropriada, minimização de procedimentos invasivos para reduzir o risco de infeções</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
		<p>manuscript. A.M.S. contributed to the editing and quality control and helped with the literature review. All authors have read and agreed to the published version</p>			<p>predisponentes contribuem para as infeções do trato urinário em pacientes idosos. A bexiga neurogénica, associada a condições como Alzheimer e Parkinson, acrescenta complexidade ao quadro. A diabetes mellitus, especialmente quando o controlo glicémico é inadequado, emerge como um fator predisponente significativo. A ausência de estrogénio, o resíduo pós-miccional e a incontinência em mulheres pós-menopáusicas são também elementos relevantes. Outras condições do trato urinário incluem prostatite crónica, hipertrofia prostática, cistocelo e obstruções como pedras nos rins ou neoplasias [28]. Em síntese, a pesquisa revela a complexidade das ITUs em pacientes idosos, destacando a importância de compreender e abordar não apenas os fatores clínicos, mas também os ambientais. Outro fator a ser levado em consideração é que os pacientes geriátricos são frequentemente transferidos de uma instalação (casas de repouso, instalações de enfermagem especializada, cuidados domiciliares e outras clínicas especializadas) para outra ou de um setor hospitalar para outro. Essas transições causam fragmentação do cuidado, o que pode minar a eficácia do tratamento e permitir que patógenos sejam transferidos de um ambiente para outro e de uma pessoa para outra. Em outras palavras, o controlo de infeções em pacientes mais idosos varia dependendo do serviço de saúde prestado (por exemplo, ventilação assistida ou inserção de</p>	<p>endógenas, vigilância de infeções para identificar e controlar surtos, melhoria das práticas de assistência à saúde e educação contínua para os profissionais de saúde. Além disso, a limpeza e desinfecção ambientais são componentes importantes de uma estratégia abrangente [90]. De uma perspectiva mais ampla, a estratégia dos diversos sistemas de saúde deve incluir caminhos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adaptados com uma boa relação custo/efetividade. As estratégias de saúde também devem capacitar cada vez mais a pessoa cuidada e suas famílias, promovendo a continuidade do cuidado entre hospitais e a comunidade.</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
					<p>cateter), fatores intrínsecos e da frequência de contato do paciente com profissionais de saúde e/ou cuidadores. A comunicação rápida e eficaz durante a transferência de pacientes ajuda a reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde [66]. Antes de dar alta a um paciente, é crucial informá-lo e informar suas famílias e/ou cuidadores sobre práticas de higiene que podem ajudar a prevenir infecções e a terapia farmacológica (se houver) a ser seguida. Também é essencial garantir um acompanhamento adequado por meio de comunicação rápida e direta entre paciente/família e médico/instituição de saúde [71–74]. Fatores que contribuem para falhas na comunicação incluem informações insuficientes, métodos de comunicação ineficazes, falta de tempo, distrações, falta de procedimentos padronizados e falta de pessoal suficiente [75]. Um estudo de Hoffman et al. [70] mostrou o quanto importante é gerenciar corretamente pacientes que contraíram uma infecção associada à assistência à saúde após receber alta para casa. Vários estudos avaliaram os fatores de risco para infecção em pacientes que recebem atendimento domiciliar (infecções não incluídas em relatórios de IAAS) e identificaram cateteres de permanência como a principal causa [76–78]. O status socioeconômico é outro fator de risco que afeta a higiene domiciliar e a possibilidade de aceder aos serviços de saúde necessários. Pacientes com baixo status socioeconômico têm maior risco de</p>	

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
					<p>contrair uma infecção durante o período pós-alta [79]. A comunicação ineficaz entre vários clínicos envolvidos no cuidado ao paciente pode comprometer significativamente a segurança do paciente e a recuperação a longo prazo [76].</p> <p>Prevenção de IAAS A prevenção e o controle de IAAS são essenciais para reduzir o impacto dessas infecções e, mais geralmente, para reduzir a disseminação de microrganismos multirresistentes. As principais medidas preventivas para limitar a ocorrência das IAAS mais frequentes descritas acima estão documentadas na literatura. A principal medida preventiva para reduzir o risco de infecção do trato urinário (ITU) é evitar a cateterização quando não for absolutamente necessário, como ao colher amostras de urina ou em cirurgias que não envolvam a bexiga, órgãos genitais femininos ou trato gastrointestinal. Alternativas à cateterização, como intervenções farmacológicas ou reabilitativas, devem ser buscadas sempre que possível para gerenciar a incontinência. Caso não seja possível evitar o uso de um cateter uretral, é essencial utilizar a técnica asséptica e minimizar a duração da cateterização [83,84]. A educação do paciente sobre o uso de uma técnica de cateterização higiênica e a limpeza adequada de cateteres reutilizáveis são extremamente importantes na prevenção de ITUs relacionadas ao cuidado domiciliar.</p>	

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Rutten, J.J.S., van Buul, L.W., Smalbrugge, M., Geerlings, S.E., Gerritsen, D.L., Natsch, S., Sloane, P.D., van der Wouden, J.C., Twisk, J.W.R., & Hertogh, C.M.P.M. (2022). An Electronic Health Record Integrated Decision Tool and Supportive Interventions to Improve Antibiotic Prescribing for Urinary Tract</p>	<p>Cluster randomized controlled trial;</p>	<p>Cluster randomized controlled trial with NHs as the randomization unit; intervention group NHs received the EHR-integrated decision tool and supportive interventions, and control group NHs provided care as usual. Physicians collected data at index consultation (ie, UTI suspicion) and during a 21-day followup period (March 2019eMarch 2020). Overall antibiotic prescribing data at NH level, 12 months prior to and during the study, was derived from the electronic prescribing system.</p>	<p>212 residents with suspected UTI, from 16 NHs in the Netherlands</p>	<p>Long-term care facilities; Urinary tract infection ; treatment decision tool; electronic decision support; education; antibiotic stewardship.</p>	<p>Os autores desenvolveram uma ferramenta de decisão integrada ao registo eletrónico de saúde, com base numa ferramenta de decisão previamente desenvolvida para o tratamento de suspeitas de ITU em adultos mais velhos e frágeis.15, em combinação com intervenções de suporte para médicos e enfermeiros.</p> <p>As intervenções de suporte utilizadas para os médicos e enfermeiros foram sessões interativas e e-learning, apresentação de vídeos, fornecimento de cartões de bolso e um folheto informativo para entregar aos residentes e/ou suas famílias) Observou-se que os antibióticos para ITU foram prescritos de maneira mais apropriada no grupo de intervenção; no entanto, houve evidências insuficientes do efeito. Consequências negativas para os residentes com suspeita de ITU, como complicações e hospitalização e mortalidade relacionadas à ITU, foram raras e ocorreram principalmente em pacientes que receberam prescrição de antibióticos.</p> <p>A reflexão sobre o papel do enfermeiro neste contexto pode ser abordada considerando a natureza multidisciplinar da intervenção desenvolvida no estudo. O enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação e implementação de estratégias de cuidado que visam melhorar a prescrição de antibióticos em residentes de lares de idosos. A força do estudo reside na intervenção multidisciplinar que</p>	<p>O papel do enfermeiro na prevenção e controlo de infeções urinárias pode envolver várias áreas de atuação:</p> <p>Conhecimento e Implementação de Diretrizes: Isso pode incluir a integração de ferramentas específicas no registo eletrónico de saúde para facilitar a tomada de decisões.</p> <p>Conscientização e Educação: Ao participar ativamente em estudos e intervenções, pode aumentar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre a prescrição adequada de antibióticos.</p> <p>Colaboração Interprofissional: Garantir uma abordagem interprofissional na prevenção de infeções urinárias. Isso pode incluir sessões interativas e distribuição de material educativo.</p> <p>Monitorização e Colheita de Dados: O enfermeiro desempenha um papel crucial na colheita de dados relevantes por meio de registos eletrónicos de saúde. Isso contribui para avaliar a eficácia das intervenções e identificar áreas de</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Infections in Nursing Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Interventions in Aging, 17(5), 123-136.</p>		<p>The primary study outcome was the percentage of antibiotic prescriptions for suspected UTI that was appropriate, at index consultation. Secondary study outcomes included changes in treatment decision, complications, UTI-related hospitalization, and mortality during follow-up; and pre-post study changes in antibiotic prescribing at the NH level</p>			<p>envolve tanto médicos como enfermeiros. O enfermeiro desempenha um papel vital na colaboração interprofissional, garantindo a comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde. A conclusão de que não há evidências suficientes para a intervenção multidisciplinar destaca a complexidade do desafio e a necessidade de abordagens mais abrangentes</p>	<p>melhoria.</p> <p>Promoção de Práticas de Prescrição Conscientes: Incentivando a avaliação criteriosa dos sintomas e a consideração das novas diretrizes ao tomar decisões sobre o uso de antibióticos.</p> <p>Avaliação de Resultados: Identificando padrões de prescrição, complicações e desfechos em residentes. Essa avaliação contínua é essencial para ajustar as práticas e melhorar os resultados.</p> <p>Educação de Residentes e Familiares: Desempenho de um papel educativo ao fornecer informações sobre infecções urinárias, a importância do uso apropriado de antibióticos e a relevância das novas diretrizes aos residentes e suas famílias. Em resumo, o enfermeiro desempenha um papel integral na implementação de estratégias para prevenir e controlar infecções urinárias, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde e garantindo a adesão às melhores práticas e diretrizes atualizadas.</p>

APÊNDICE IV - AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCC X

Pedido de autorização à Enf^a. Coordenadora da Unidade Cuidados na Comunidade X por correio eletrónico

Eu, Beatriz Simões Lopes, estudante a realizar a unidade curricular Estágio e Relatório de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Santarém, venho por este meio solicitar autorização para **realização do projeto de intervenção Comunitária e acesso a tratamento de dados**, direcionado à Equipa de Cuidados Continuados Integrados da [REDACTED]

O projeto de intervenção comunitária insere-se no âmbito da área da segurança do utente, sendo a sua denominação de "Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados".

Como objetivo geral do projeto pretende-se prevenir e controlar as infeções do trato urinário em contexto de ECCI. Relativamente aos objetivos específicos pretende-se:

1. Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a prevalência de infeção urinária e risco na pessoa cuidada em ECCI e estratégias de prevenção e controlo de infeção urinária;
2. Identificar fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada em ECCI;
3. Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de infeções urinárias;
4. Suportar e alicerçar a UCC na implementação de "Feixe de intervenções e monitorização" para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical;
5. Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de infeções urinárias.

Nesse sentido solicito também autorização para realização de entrevista aos enfermeiros para avaliar a sua perceção sobre a prevalência de infeção urinária e risco na pessoa cuidada em ECCI e estratégias de prevenção e controlo de infeção urinária, a consulta dos processos clínicos dos utentes seguidos em ECCI no sentido de identificar fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada em ECCI e a aplicação de grelha observação.

Faço ao exposto, aguardo a sua consideração.

Sem mais de momento, agradeço a sua atenção e disponibilidade.

Cordialmente

Enfermeira e Mestranda Beatriz Lopes

Resposta ao Pedido de autorização à Enf^a. Coordenadora da Unidade Cuidados na Comunidade [REDACTED] por correio eletrónico



Para: Beatriz Simões Lopes

ter, 21/11/2023 17:39

Boa tarde

De acordo com o documento assinado aquando do início do estágio - Declaração de Compromisso de Confidencialidade autorizo a realização do Projeto de Intervenção Comunitária e acesso e tratamento de dados, direcionado à Equipa de Cuidados Continuados Integrados da [REDACTED]

Grata pela atenção

[REDACTED]
Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária
[REDACTED] - Unidade de Cuidados na Comunidade

Com os melhores cumprimentos,



APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, Beatriz Simões Lopes, nº 220000114, aluno de Mestrado Enfermagem Comunitária,

Declaro que me foi facultado o Manual de Acolhimento, fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela confidencialidade e proteção de dados e asseguro, no decurso da minha atividade, os seguintes procedimentos:

- Guardar lealdade à UCC, designadamente não transmitindo para o exterior informações sobre documentos e processos de utentes de que tome conhecimento durante o processo formativo;
- Não incluir nenhum dado de carácter pessoal ou identificativo dos utentes da UCC em nenhum trabalho ou estudo;
- Não divulgar as palavras passe que me forem confiadas;
- Assegurar que toda a informação, na minha posse, com a identificação de doentes deve ser destruída.

Santarém, 19 de setembro de 2023

Beatriz simões lopes

APÊNDICE VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE
INVESTIGAÇÃO DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

DECLARAÇÃO

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER 35-2023ESSS

Identificação do Investigador | Beatriz Lopes

Identificação do Projeto | Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Considerando que:

- É um trabalho académico conferidor de grau académico de mestrado;
- Que apresenta fundamentação teórica e metodologia;
- Que apresenta cronograma adequado;
- Que apresenta consentimento informado, mas não assegura anonimato.

A Comissão de Ética entende emitir parecer favorável condicionado ao cumprimento do seguinte requisito:

- No consentimento informado, sugere-se clarificar como é feita a anonimidade dos dados e por quanto tempo é feita a sua salvaguarda. Deve ainda ser retirada a designação da organização e dos enfermeiros participantes por comprometer o anonimato.

Santarém, 20 de dezembro de 2023

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

APÊNDICE VII - CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo não está correto ou claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe será feita, queira assinar este documento.

Caro(a) Senhor (a)

Eu, Beatriz Simões Lopes, enfermeira e atualmente estudante do 1º. Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelo Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém, com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED], que exerce funções de coordenação na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] e orientação da Professora Doutora Lígia Monterroso, professora adjunta convidada da Escola Superior de Saúde de Santarém, solicito a sua participação voluntária num projeto no âmbito da segurança do utente, denominado **“Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados”**, com o objetivo de prevenir e controlar as infeções do trato urinário em pessoas cuidadas em contexto domiciliário.

Optámos por utilizar um instrumento de colheita de dados constituído por 3 partes, elaborado pelos investigadores:

- Um guião de entrevista, para realizar aos enfermeiros de uma unidade.
- Uma grelha de recolha de dados clínicos sobre o trato urinário através de dados do processo individual da pessoa cuidada em contexto de ECCL.

Saliento que a participação é voluntária, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que o participante poderá suspender a sua participação em qualquer momento. Todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes, através de uma matriz de codificação, à qual apenas os investigadores têm acesso. Em nenhum item a identificação do participante é solicitada garantindo o seu anonimato. As entrevistas aos participantes decorrerão individualmente, em sala própria. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse da investigadora principal, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido.

O transporte e o armazenamento dos Consentimentos Informados Livres e Esclarecido e dos instrumentos de recolha de dados serão efetuados pela investigadora principal sempre em pasta fechada e guardados em armário fechado com chave onde só a investigadora principal tem acesso. Os dados serão destruídos, quer em papel ou formato digital, após defesa, apreciação e discussão pública do trabalho final, e sua respetiva classificação.

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato com as investigadoras através dos contatos:

Investigadora Principal: Beatriz Lopes; Endereço eletrónico:
220000114@essaude.ipsantarem.pt

Professora Orientadora: Lígia Monterroso; Endereço eletrónico:
Ligia.monterroso@essaude.ipsantarem.pt

Confirmo que explicámos à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondemos a todas as questões que nos foram colocadas e assegurámo-nos de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Garantimos que a não participação do estudo não tem qualquer implicação ou dano para o participante.

Este documento será distribuído em dois exemplares, um fica na posse do investigador e outro na posse do participante.

Nome do investigador: _____

___/___/___ (data)

Assinatura _____

Assim, solicita-se que, após devidamente informada, a pessoa, preencha este documento dando o seu consentimento, nos seguintes termos:

Declaro ter compreendido os objetivos propostos e explicados pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a minha participação e a utilização dos dados por mim apresentados para o projeto.

Nome: _____

___/___/___ (data)

Assinatura _____

APÊNDICE VIII - FLYER APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Projeto desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Santarém
Dezembro de 2023 e Janeiro de 2024

Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI



Objetivo: Prevenir e controlar a infecção do trato urinário em contexto de cuidados domiciliários

APÊNDICE IX - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

Guião de entrevista aos enfermeiros

Projeto: “Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados”

Data da Entrevista __ / __ / ____

Local da Entrevista – sala enfermagem

Entrevistador: Enfermeira, Mestranda e Investigadora Beatriz Lopes

Entrevistado __

Introdução:

- Saudações e agradecimento pela participação;
- Explicação sobre o propósito da entrevista e a importância da prestação de cuidados de prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Questões

1. Grupo etário:

20-30 anos	
31-40 anos	
41-50 anos	
51-60 anos	
+60 anos	

2. Formação académica:

Licenciatura	
--------------	--

Especialização	
Mestrado	
Doutoramento	

3. Tempo de experiência profissional:

0-5 anos	
6-10 anos	
11-15 anos	
16-20 anos	
21-25 anos	
26-30 anos	
+30 anos	

4. Tem Formação na Área da Prevenção de Infecção do Trato Urinário:

Sim	
Não	

5. Participação/colaboração em projetos de melhoria continua na área da prevenção da infecção do trato urinário

Sim	
Não	

6. Qual a sua percepção sobre a prevalência de infecção urinária na pessoa cuidada em contexto de ECCI?

7. Na sua opinião quais são os principais fatores de risco para a infecção do trato urinário da pessoa cuidada em ECCI?

8. Como avalia o risco de infecção do trato urinário da pessoa cuidada em ECCI?

9. Quais são os principais desafios que enfrenta na prestação de cuidados à pessoa cuidada em ECCI no âmbito da prevenção e controlo de infeções urinárias?

10. Conhecimento sobre feixe de intervenções da norma 019/2015, atualizada 09/08/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

Sim	
Não	

11. Conhecimento da existência de folheto informativo “O cuidador como parceiro: Cuidados a ter para a prevenção da Infecção Urinária em utentes” da UCC



Sim	
Não	

12. Utiliza estratégias na sua prática clínica na prevenção e controlo de infeções urinárias em ECCI?

Sim	
Não	

12.1 Se sim, qual/quais?

13. Considera que existe necessidade de formação à equipa no âmbito da prevenção e controlo de infeção do trato urinário?

Sim	
Não	

Conclusão: Questões finais; Agradecimento final

APÊNDICE X - GRELHA DE CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO DA PESSOA
CUIDADA PELA ECCI

Grelha de Consulta do Processo Clínico da pessoa cuidada pela Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade

Objetivo: identificar fatores de risco na pessoa cuidada em ECCI no desenvolvimento de infeções urinárias

Data de consulta:

Data de preenchimento:

Utente (codificação):

Indicadores:

Idade do utente			
Sexo	Feminino		Masculino
Grau de parentesco cuidador principal			
Idade do cuidador principal			
Prestador de cuidados de higiene			
Nível Dependência no autocuidado			

Antecedentes de Saúde/Doença do utente				
Patologia Urinária	Sim		Não	Especificação:
Incontinência Urinária	Sim		Não	
Incontinência Intestinal	Sim		Não	
Infeção do Trato Urinário (ITU) Prévia	Sim		Não	Número:
Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022	Sim		Não	Número:
Internamento hospitalar desde 01/2022	Sim		Não	Número
Presença de cateter vesical desde 01/2022	Sim		Não	Duração (dias):

Outros dados:

APÊNDICE XI - DADOS ESTATÍSTICOS(RECURSO AO SOFTWARE SPSS ®)

Procedimentos de análise de dados

Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos, com os dados estatísticos antecedidos de análise.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para realização da análise descritiva foram utilizados diversos parâmetros para a distribuição das variáveis, nomeadamente a frequência, percentagem, média e desvio-padrão.

Para realização da análise inferencial e tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes paramétricos, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra (N=22), [para comparar a idade do participante, a idade do cuidador informal, o nº dias de internamento e nº internamento hospitalar, em função do nº de ITU](#), foi aplicado o teste de Mann-Whitney que é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Marôco, 2014).

[Para associar o N° de ITU \(1 Vez e 2-4 Vezes\) com as variáveis em estudo](#), foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (χ^2) que serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória. Foi ainda usada a significância do teste exato de Fisher quando sugerido pelo programa (Marôco, 2014).

Referências Bibliográficas:

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3

A amostra total foi constituída por 22 participantes (Tabela 1) com idade compreendida entre os 50 e os 93 anos, média 80,0 anos e desvio padrão, 10,0. O cuidador informal tinha idade compreendida entre os 52 e os 87 anos, média 65,8 anos e desvio padrão 11,6. Os dias de internamento ocorreram entre os 6 e os 532 dias, média 130,1 dias e desvio padrão 115,5. O número de internamentos hospitalares ocorreram entre 1 a 12 internamentos, média 2,1 dias e desvio padrão 3,0. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (81,8); e o cuidador informal era cerca de metade do sexo feminino (45,5%). A maioria do prestador de cuidados de higiene era cuidador formal (63,6%). A maioria dos participantes não tinha patologia urinária (63,6%); contudo, todos tinham infeção do trato urinário prévia (100%). A maioria dos participantes tinha Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022 (59,1%); bem como internamento hospitalar desde 01/2022 (81,8%); tinha registo de presença de cateter vesical desde 01/2022 (54,5%) e uma eposódio/Vez ITU (59,1%).

Tabela 1.

Frequência das variáveis em estudo

	Média (dp)	Min/Max
Idade (Participante)	80,6 (10,0)	50-93
Idade (Cuidador Informal)	65,8 (11,6)	52-87
Nº Dias Internamento	130,1 (115,5)	6-532
Nº Internamento Hospitalar	2,1 (3,0)	1-12
	N	%
Sexo (Participante)		
Masculino	4	18,2
Feminino	18	81,8
Sexo (Cuidador Informal)		
Masculino	10	45,5
Feminino	10	45,5
Omisso	2	9,1
Prestador de cuidados de Higiene		
Cuidador informal	8	36,4
Cuidador Formal	14	63,6
Patologia Urinária		
Não	14	63,6
Sim	8	36,4
Infeção do Trato Urinário Prévia		
Sim	22	100

(cont)

Tabela 1. (cont.)

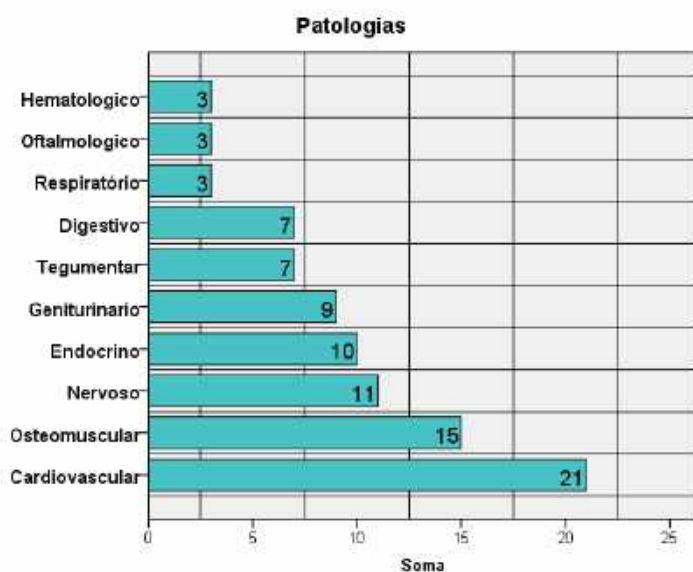
Frequência das variáveis em estudo

	N	%
Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022		
Não	9	40,9
Sim	13	59,1
Internamento hospitalar desde 01/2022		
Não	4	18,2
Sim	18	81,8
Registo de presença de cateter vesical desde 01/2022		
Não	10	45,5
Sim	12	54,5
Nº de ITU		
1 Vez	13	59,1
2-4 vezes	9	40,9

Relativamente à frequência das patologias (Gráfico 1) a maioria dos participantes tinha doença cardiovascular (n=21; 95%); seguindo-se a doença Osteomuscular (n=15; 68%); doença do sistema nervoso (n=11; 50%) e doença endócrina (n=10; 45%).

Gráfico 1.

Frequência das patologias



Do cruzamento do N° de ITU (1 Vez e 2-4 Vezes) com as variáveis em estudo (Tabela 2), existe uma diferença estatisticamente significativa no n° de dias de internamento ($p=0,045$) cuja média do n° de dias de internamento foi superior nos doentes que tiveram ITU 2-4 vezes. Nas páginas seguintes apresentamos as tabelas com os respetivos parâmetros de todos os testes realizados resultados.

Tabela 2.

Valor da significância estatística do cruzamento do N° de ITU (1 Vez e 2-4 Vezes) com as variáveis em estudo

	<i>p</i>
Nº de ITU (1 vez e 2-4 vezes)	
Idade (Participante)	0,814
Idade (Cuidador Informal)	0,807
Sexo (Participante)	0,616
Sexo (Cuidador Informal)	0,370
Nº Dias Internamento	0,045
Nº Internamento Hospitalar	0,291
Prestador de cuidados de Higiene	0,380
Patologia Urinária	0,187
Presença de cateter vesical desde 01/22	0,099
Índice de Graffar	(*) 0,054
Escala de Morse (Estado Mental)	0,415
Escala de Braden	
Exposição da Pele à Humidade	0,447
Nutrição	0,932
Escala Modificada de Barthel	
Resultado final	0,118
Alimentação	0,110
Transferências	0,447
Toalete	1,000
Utilização do WC	0,287
Banho	0,240
Subir e Descer escadas	0,105
Vestir	0,367
Controlo Intestinal	0,237
Controlo Urinário	0,237
Mobilidade	0,091
Patologia: Doença Cardiovascular	0,409
Patologia: Sistema Nervoso	0,387
Patologia: Endócrino	0,666
Patologia: Osteomuscular	0,648

(*) 5 células (83,3%) esperam contagem <5. A contagem mínima esperada é ,36.

Da comparação da idade do participante, nº dias de internamento, idade do cuidador informal e nº internamento hospitalar, em função do nº de ITU (Tabela 3) existe uma diferença estatisticamente significativa no nº de dias de internamento ($p=0,045$) cuja média do nº de dias de internamento foi superior nos doentes que tiveram ITU 2-4 vezes.

Tabela 3.

Comparação da idade do participante, nº dias de internamento, idade do cuidador informal e nº internamento hospitalar, em função do nº de ITU

	Nº de ITU						dif	p
	1 Vez			2-4 vezes				
	N	Média	Dp	N	Média	Dp		
Idade (Participante)	13	81,0	7,3	9	79,9	13,6	1,1	0,814
Idade (Cuidador Informal)	5	66,4	12,1	7	65,4	12,1	1,0	0,807
Nº Dias Internamento	13	89,5	72,3	9	188,8	152,0	99,2	0,045
Nº Internamento Hospitalar	6	1,2	0,4	7	2,9	4,1	1,7	0,291

(p=Teste de Mann-Whithney)

Do cruzamento do Nº de ITU com as variáveis categóricas em estudo, nomeadamente, o Sexo (Participante), o Sexo (Cuidador Informal), o tipo de Prestador de Cuidados de Higiene, a Patologia Urinária, a Presença de Cateter Vesical, o Índice de Graffar, a Escala de Morse (Estado Mental), a Escala de Braden (Humidade da Pele), a Escala de Braden (Nutrição), a Escala de Barthel - Resultado Final, a Escala de Barthel - subescalas; e as Patologias, os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

Tabela 4.

Associação entre o Nº de ITU e o Sexo (Participante)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Participante (Sexo)	Masculino	N	3	1	4	
		% Partic. Sexo	75,0%	25,0%	100,0%	
		% Nº ITU	23,1%	11,1%	18,2%	
	Feminino	N	10	8	18	
		% Partic. Sexo	55,6%	44,4%	100,0%	
		% Nº ITU	76,9%	88,9%	81,8%	
	Total	N	13	9	22	
		% Partic. Sexo	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,616

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 5.

Associação entre o Nº de ITU e o Sexo (Cuidador Informal)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Cuidador Informal (Sexo)	Masculino	N	7	3	10	
		% Cuidad. Sexo	70,0%	30,0%	100,0%	
		% Nº ITU	63,6%	33,3%	50,0%	
	Feminino	N	4	6	10	
		% Cuidad. Sexo	40,0%	60,0%	100,0%	
		% Nº ITU	36,4%	66,7%	50,0%	
	Total	N	11	9	20	
		% Cuidad. Sexo	55,0%	45,0%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,370

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 6.

Associação entre o Nº de ITU e o tipo de Prestador de Cuidados de Higiene

			Nº de ITU		Total	p
			1 Veiz	2-4 vezes		
Prestador de cuidados de Higiene	Cuidador informal	N	6	2	8	
		% Prest. Chig	75,0%	25,0%	100,0%	
		% Nº ITU	46,2%	22,2%	36,4%	
	Cuidador Formal	N	7	7	14	
		% Prest. Chig	50,0%	50,0%	100,0%	
		% Nº ITU	53,8%	77,8%	63,6%	
	Total	N	13	9	22	
		% Prest. Chig	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,380

(p=Teste Exato de Fsher)

Tabela 7.

Associação entre o Nº de ITU e Patologia Urinária

			Nº de ITU		Total	p
			1 Veiz	2-4 vezes		
Patologia Urinária	Não	N	10	4	14	
		% Pat. Urinária	71,4%	28,6%	100,0%	
		% Nº ITU	76,9%	44,4%	63,6%	
	Sim	N	3	5	8	
		% Pat. Urinária	37,5%	62,5%	100,0%	
		% Nº ITU	23,1%	55,6%	36,4%	
	Total	N	13	9	22	
		% Pat. Urinária	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,187

(p=Teste Exato de Fsher)

Tabela 8.

Associação entre o N° de ITU e Presença de Cateter Vesical desde 01/2022

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Presença de cateter vesical desde 01/2022	Não	N	8	2	10	
		% Cateter ves.	80,0%	20,0%	100,0%	
		% N° ITU	61,5%	22,2%	45,5%	
	Sim	N	5	7	12	
		% Cateter ves.	41,7%	58,3%	100,0%	
		% N° ITU	38,5%	77,8%	54,5%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Cateter ves.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,099

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 9.

Associação entre o N° de ITU e o Índice de Graffar

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Índice de Graffar	Médio-Baixo	N	5	0	5	
		% Índice Graffar	100,0%	0,0%	100,0%	
		% N° ITU	55,6%	0,0%	35,7%	
	Médio	N	3	5	8	
		% Índice Graffar	37,5%	62,5%	100,0%	
		% N° ITU	33,3%	100,0%	57,1%	
	Médio-Alto	N	1	0	1	
		% Índice Graffar	100,0%	0,0%	100,0%	
		% N° ITU	11,1%	0,0%	7,1%	
<i>Total</i>	N	9	5	14		
	% Índice Graffar	64,3%	35,7%	100,0%		
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,054 (*)	

(p=Teste Qui-Quadrado)

(*) 5 células (83,3%) esperam contagem <5. A contagem mínima esperada é ,36.

Tabela 10.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Morse (Estado Mental)

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
(Escala Morse)	Não consciente	N	6	6	12	
	suas capac.	% Escala Morse	50,0%	50,0%	100,0%	
Estado Mental	Consciente	N	7	3	10	
	suas capac.	% Escala Morse	70,0%	30,0%	100,0%	
		% N° ITU	53,8%	33,3%	45,5%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Escala Morse	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,415

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 11.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Braden (Humidade da Pele)

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
(Escala Braden)	Pele constante	N	0	1	1	
	Humidade e Pele	% Escala Braden	0,0%	100,0%	100,0%	
	ente húmida	% N° ITU	0,0%	11,1%	4,5%	
	Pele ocasionalm	N	9	5	14	
	ente húmida	% Escala Braden	64,3%	35,7%	100,0%	
		% N° ITU	69,2%	55,6%	63,6%	
	Pele raramente	N	4	3	7	
	húmida	% Escala Braden	57,1%	42,9%	100,0%	
		% N° ITU	30,8%	33,3%	31,8%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Escala Braden	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,447

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 12.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Braden (Nutrição)

		N° de ITU		Total	p
		1 Veiz	2-4 vezes		
(Escala Braden) Nutrição	Provavelmente inadequada	N	2	1	3
		% Escala Braden	66,7%	33,3%	100,0%
		% N° ITU	15,4%	11,1%	13,6%
	Adequada	N	10	7	17
		% Escala Braden	58,8%	41,2%	100,0%
		% N° ITU	76,9%	77,8%	77,3%
	Excelente	N	1	1	2
		% Escala Braden	50,0%	50,0%	100,0%
		% N° ITU	7,7%	11,1%	9,1%
<i>Total</i>		N	13	9	22
		% Escala Braden	59,1%	40,9%	100,0%
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%

0,932

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 13.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Barthel (Resultado Final)

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Resultado Final)	Totalmente independente	N	1	0	1	
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%	
		% N° ITU	7,7%	0,0%	4,5%	
	Dependência Moderada	N	6	1	7	
		% Es. Barthel	85,7%	14,3%	100,0%	
		% N° ITU	46,2%	11,1%	31,8%	
	Dependência Grave	N	6	8	14	
		% Es. Barthel	42,9%	57,1%	100,0%	
		% N° ITU	46,2%	88,9%	63,6%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
	% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%		
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,118	

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 14.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Barthel (Alimentação)

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Alimentação)	Independente	N	3	3	6	
		% Es. Barthel	50,0%	50,0%	100,0%	
		% N° ITU	23,1%	33,3%	27,3%	
	Precisa de alguma ajuda	N	7	1	8	
		% Es. Barthel	87,5%	12,5%	100,0%	
		% N° ITU	53,8%	11,1%	36,4%	
	Dependente	N	3	5	8	
		% Es. Barthel	37,5%	62,5%	100,0%	
		% N° ITU	23,1%	55,6%	36,4%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
	% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%		
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,110	

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 15.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Barthel (Transferências)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Transferências)	Independente	N	2	0	2	
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%	
		% Nº ITU	15,4%	0,0%	9,1%	
	Precisa de alguma ajuda	N	8	6	14	
		% Es. Barthel	57,1%	42,9%	100,0%	
		% Nº ITU	61,5%	66,7%	63,6%	
	Dependente, não tem equilíbrio	N	3	3	6	
		% Es. Barthel	50,0%	50,0%	100,0%	
		% Nº ITU	23,1%	33,3%	27,3%	
<i>Total</i>		N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,447

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 16.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Toalete)

			Nº de ITU		Total	p	
			1 Vez	2-4 vezes			
Escala Barthel (Toalete)	Independente	N	4	2	6		
		% Es. Barthel	66,7%	33,3%	100,0%		
		% Nº ITU	30,8%	22,2%	27,3%		
	Dependente, necessita de alguma ajuda	N	9	7	16		
		% Es. Barthel	56,3%	43,8%	100,0%		
		% Nº ITU	69,2%	77,8%	72,7%		
	<i>Total</i>		N	13	9	22	
			% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
			% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	1,000

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 17.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Utilização do WC)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Utilização WC)	Independente	N	3	0	3	
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%	
		% Nº ITU	23,1%	0,0%	13,6%	
	Precisa de alguma ajuda	N	6	6	12	
		% Es. Barthel	50,0%	50,0%	100,0%	
		% Nº ITU	46,2%	66,7%	54,5%	
	Dependente	N	4	3	7	
		% Es. Barthel	57,1%	42,9%	100,0%	
		% Nº ITU	30,8%	33,3%	31,8%	
Total		N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,287

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 18.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Banho)

			Nº de ITU		Total	p	
			1 Vez	2-4 vezes			
Escala Barthel (Banho)	Toma banho só	N	3	0	3		
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%		
		% Nº ITU	23,1%	0,0%	13,6%		
	Dependente, necessita de alguma ajuda	N	10	9	19		
		% Es. Barthel	52,6%	47,4%	100,0%		
		% Nº ITU	76,9%	100,0%	86,4%		
	Total		N	13	9	22	
			% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
			% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,240

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 19.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Subir e Descer escadas)

		Nº de ITU		Total	p
		1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Subir e Descer escadas)	Independente, com ou sem ajudas	N	3	0	3
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%
		% Nº ITU	23,1%	0,0%	13,6%
	Precisa de ajuda	N	4	1	5
		% Es. Barthel	80,0%	20,0%	100,0%
		% Nº ITU	30,8%	11,1%	22,7%
	Dependente	N	6	8	14
		% Es. Barthel	42,9%	57,1%	100,0%
		% Nº ITU	46,2%	88,9%	63,6%
Total	N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 20.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Vestir)

		Nº de ITU		Total	p
		1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Vestir)	Independente	N	4	2	6
		% Es. Barthel	66,7%	33,3%	100,0%
		% Nº ITU	30,8%	22,2%	27,3%
	Com ajuda	N	7	7	14
		% Es. Barthel	50,0%	50,0%	100,0%
		% Nº ITU	53,8%	77,8%	63,6%
	Impossível	N	2	0	2
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%
		% Nº ITU	15,4%	0,0%	9,1%
Total	N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 21.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Controlo Intestinal)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala	Controla	N	7	2	9	
Barthel	perfeitamente	% Es. Barthel	77,8%	22,2%	100,0%	
(Controlo	sem acidentes	% Nº ITU	53,8%	22,2%	40,9%	
Intestinal)	Acidente	N	2	1	3	
	ocasional	% Es. Barthel	66,7%	33,3%	100,0%	
		% Nº ITU	15,4%	11,1%	13,6%	
	Incontinente	N	4	6	10	
	ou precisa de	% Es. Barthel	40,0%	60,0%	100,0%	
	clisteres	% Nº ITU	30,8%	66,7%	45,5%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0.237

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 22.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Controlo Urinário)

			Nº de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Escala	Controla	N	7	2	9	
Barthel	perfeitamente,	% Es. Barthel	77,8%	22,2%	100,0%	
(Controlo	capaz manejar	% Nº ITU	53,8%	22,2%	40,9%	
Urinário)	Acidente	N	2	1	3	
	ocasional	% Es. Barthel	66,7%	33,3%	100,0%	
	(máx.1/seman	% Nº ITU	15,4%	11,1%	13,6%	
	Incapaz de	N	4	6	10	
	manejar a	% Es. Barthel	40,0%	60,0%	100,0%	
	algália	% Nº ITU	30,8%	66,7%	45,5%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0.237

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 23.

Associação entre o Nº de ITU e a Escala de Barthel (Mobilidade)

		Nº de ITU		Total	p
		1 Vez	2-4 vezes		
Escala Barthel (Mobilidade)	Independente, N		2	5	7
	em cadeira de rodas	% Es. Barthel	28,6%	71,4%	100,0%
		% Nº ITU	15,4%	55,6%	31,8%
	Caminha menos de 50 metros	N	6	1	7
		% Es. Barthel	85,7%	14,3%	100,0%
		% Nº ITU	46,2%	11,1%	31,8%
	Imóvel	N	5	3	8
		% Es. Barthel	62,5%	37,5%	100,0%
		% Nº ITU	38,5%	33,3%	36,4%
	<i>Total</i>	N	13	9	22
	% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
	% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,091

(p=Teste Qui-Quadrado)

Patologias

Tabela 24.

Associação entre o N° de ITU e a Patologia: Doença Cardiovascular

		N° de ITU			Total	p
		1 Vez	2-4 vezes			
Patologia: Doença Cardiovascular	Não	N	0	1	1	
		% Cardiov.	0,0%	100,0%	100,0%	
		% N° ITU	0,0%	11,1%	4,5%	
	Sim	N	13	8	21	
		% Cardiov.	61,9%	38,1%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	88,9%	95,5%	
		N	13	9	22	
		% Cardiov.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,409

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 25.

Associação entre o N° de ITU e a Patologia: Sistema Nervoso

		N° de ITU			Total	p
		1 Vez	2-4 vezes			
Patologia: Sistema Nervoso	Não	N	8	3	11	
		% Cardiov.	72,7%	27,3%	100,0%	
		% N° ITU	61,5%	33,3%	50,0%	
	Sim	N	5	6	11	
		% Cardiov.	45,5%	54,5%	100,0%	
		% N° ITU	38,5%	66,7%	50,0%	
		N	13	9	22	
		% Cardiov.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,387

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 26.

Associação entre o N° de ITU e a Patologia: Endócrino

		Nº de ITU			Total	p
		1 Vez	2-4 vezes			
Patologia:	Não	N	8	4	12	
	Endócrino	% Cardiov.	66,7%	33,3%	100,0%	
		% Nº ITU	61,5%	44,4%	54,5%	
Sim	N	5	5	10		
	% Cardiov.	50,0%	50,0%	100,0%		
	% Nº ITU	38,5%	55,6%	45,5%		
		N	13	9	22	
		% Cardiov.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,666

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 27.

Associação entre o Nº de ITU e a Patologia: Osteomuscular

		Nº de ITU			Total	p
		1 Vez	2-4 vezes			
Patologia:	Não	N	5	2	7	
	Osteomuscular	% Cardiov.	71,4%	28,6%	100,0%	
		% Nº ITU	38,5%	22,2%	31,8%	
Sim	N	8	7	15		
	% Cardiov.	53,3%	46,7%	100,0%		
	% Nº ITU	61,5%	77,8%	68,2%		
		N	13	9	22	
		% Cardiov.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,648

(p=Teste Exato de Fisher)

APÊNDICE XII- PLANOS DAS SESSÕES

Temática	Segurança do utente	Data	19/12/2023
Título	Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI- 1ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária		
Formador	Enfª Mestranda Beatriz Lopes	Duração	30 minutos
Destinatários	Enfermeiros da ECCI	Local	Sala de reuniões da UCC
Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de infeção urinária; 		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Projeto; • Apresentar e discutir os resultados do Instrumento de Colheita de Dados aplicado à equipa. 		

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Introdução	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos da sessão; - Enquadramento da temática; 	Expositivo, interrogativo e ativo.	- Formadora;	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação da sessão (participantes); - Questionário de avaliação da sessão (Formador).
Desenvolvimento	15 min	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto (objetivos, população, metodologia e instrumento de colheita de dados); - Apresentação dos resultados do Instrumento de Colheita de dados; 		- Computador e projetor;	
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão dos dados; - Divulgação dos próximos passos do projeto; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão. 		- Apresentação em Powerpoint;	
				- Flyer temático;	
				- Questionários de avaliação.	

Apêndices:

- 1) Flyer;
- 2) Apresentação em powerpoint;
- 3) Questionários de avaliação da sessão.

Temática	Segurança do utente - Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI	Data	16/01/2024
Título	Risco de Infecção Urinária na Comunidade de pessoas cuidadas em ECCI - 2ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária		
Formador	Enfª Mestranda Beatriz Lopes	Duração	35 minutos
Destinatários	Enfermeiros da ECCI	Local	Sala de reuniões da UCC
Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco de infeção urinária; 		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar a análise da “Grelha de Consulta do Processo Clínico da Pessoa Cuidada pela ECCI”; Apresentar potenciais fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada. Avaliação pré-sessão 3. 		

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Introdução	6 min	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos da sessão; Enquadramento da temática; Instrumento de Colheita de dados e metodologia seguida; 	Expositivo, interrogativo e ativo.	<ul style="list-style-type: none"> Formadora; Computador e projetor; 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de avaliação da sessão (participantes); Questionário de avaliação da sessão (Formador).
Desenvolvimento	19 min	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos resultados do Instrumento de Colheita de dados; 		<ul style="list-style-type: none"> Apresentação em Powerpoint (Apêndice 1); 	
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none"> Síntese; Discussão dos dados; Divulgação dos próximos passos do projeto; Esclarecimento de dúvidas; Questionário Pré-sessão 3; Avaliação da Sessão. 		<ul style="list-style-type: none"> Questionários de avaliação (Apêndice 2). 	

Temática	Segurança do utente - Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI	Data	16/01/2024
Título	NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical - 3ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária		
Formador	Enfª Mestranda Beatriz Lopes	Duração	30 min
Destinatários	Enfermeiros da ECCI C [REDACTED]	Local	Sala de reuniões da UCC
Objetivo geral	Suportar e alicerçar a equipa da UCC C [REDACTED] na implementação e monitorização de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.		
Objetivos Específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes adquiram conhecimentos sobre a norma NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.		

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Introdução	4 min	- Enquadramento da temática; - Objetivos da sessão.	Expositivo, interrogativo e ativo.	- Formadora; - Computador; - Powerpoint; - Projetor;	- Questionário de avaliação da sessão (participantes); - Questionário de avaliação da sessão (Formador); - Questionário de avaliação conhecimentos (pós-sessão).
Desenvolvimento	16 min	- Definição de conceitos; - Estrutura da norma; - Âmbito de aplicação e objetivo da norma; - Fundamentação científica; - Informação complementar; - Ações para implementação e melhoria; - Instrumento de auditoria clínica interna; - Instrumento de Apoio à Documentação dos Cuidados Prestados:		- Questionários de avaliação da sessão; - Questionário de avaliação conhecimentos.	
Conclusão	10 min	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos (pós-sessão); - Avaliação da Sessão			

APÊNDICE XIII - APRESENTAÇÕES EM «POWERPOINT» DAS SESSÕES

Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCEI

Iª Sessão do Projeto de intervenção comunitária

Mestranda: Beatriz Lopes, nº 220000114

Professora Orientadora: Prof.ª Lígia Monterroso

Enfermeira Cooperante: Enf.ª Mestre e Especialista [REDACTED]

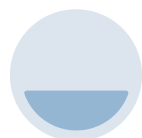
OBJETIVOS

Apresentar o Projeto

Apresentar os resultados do Instrumento de Colheita de Dados aplicado à
equipa

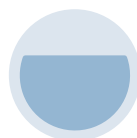
PONTO DE PARTIDA DO PROJETO

Plano de Ação e Carta de Compromisso da UCC, ano 2023:



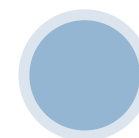
Problema

Não Certificação
da Unidade



Atividade

a Certificação da
Unidade



Necessidade Formativa

Segurança de
Utentes

PONTO DE PARTIDA – SEGURANÇA DE UTENTES



Indicadores com impacto no cálculo do ÍDG:



Indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”



Com base nas áreas com necessidade de intervenção na dimensão “segurança de utentes” foi priorizado o diagnóstico:

**Risco de infeção [do trato urinário] na comunidade
[de pessoas cuidadas em contexto de ECCI].**

Risco de infecção [do trato urinário] na comunidade [de pessoas cuidadas em contexto de ECCI].

Âmbito	Especificação
<p>Carta de Compromisso/Plano de Ação da UCC (2023)</p>	<p>Área: qualidade organizacional Subárea: Segurança Dimensão: Segurança de utentes</p> <p>- IDS – score 0, sendo esperado em Dezembro 2023 atingir o score 100. - Indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”</p>
<p>Grelha Dior-CSP (2019)</p>	<p>3. Processos de Suporte</p> <p>Dimensão 2.6 Segurança - 2.6.2 Segurança dos Utentes Critério B- Identificação de riscos para a segurança do utente.</p>
<p>Manual de Standards (2023)</p>	<p>Bloco 3 - Segurança do doente</p> <p>“A Unidade incorpora boas práticas para prevenir e controlar as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde”</p>
<p>Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026</p>	<p>Pilar 5. Práticas seguras em ambientes seguros</p> <p>Objetivo Estratégico 5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Avaliar a percepção dos enfermeiros da equipa sobre o risco de infeção urinária na pessoa cuidada;



Identificar estratégias de prevenção e controlo de infeção urinária utilizadas pela equipa;



Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de infeção urinária;

Suportar e alicerçar a UCC na implementação de “feixe de intervenções e monitorização” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical;

Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de infeções urinárias;



Identificar potenciais fatores de risco de infeção urinária na pessoa cuidada.

POPULAÇÃO-ALVO

Enfermeiros da ECCI da UCC

Critérios de Inclusão:

- Aceitar participar no estudo

Critérios de Exclusão:

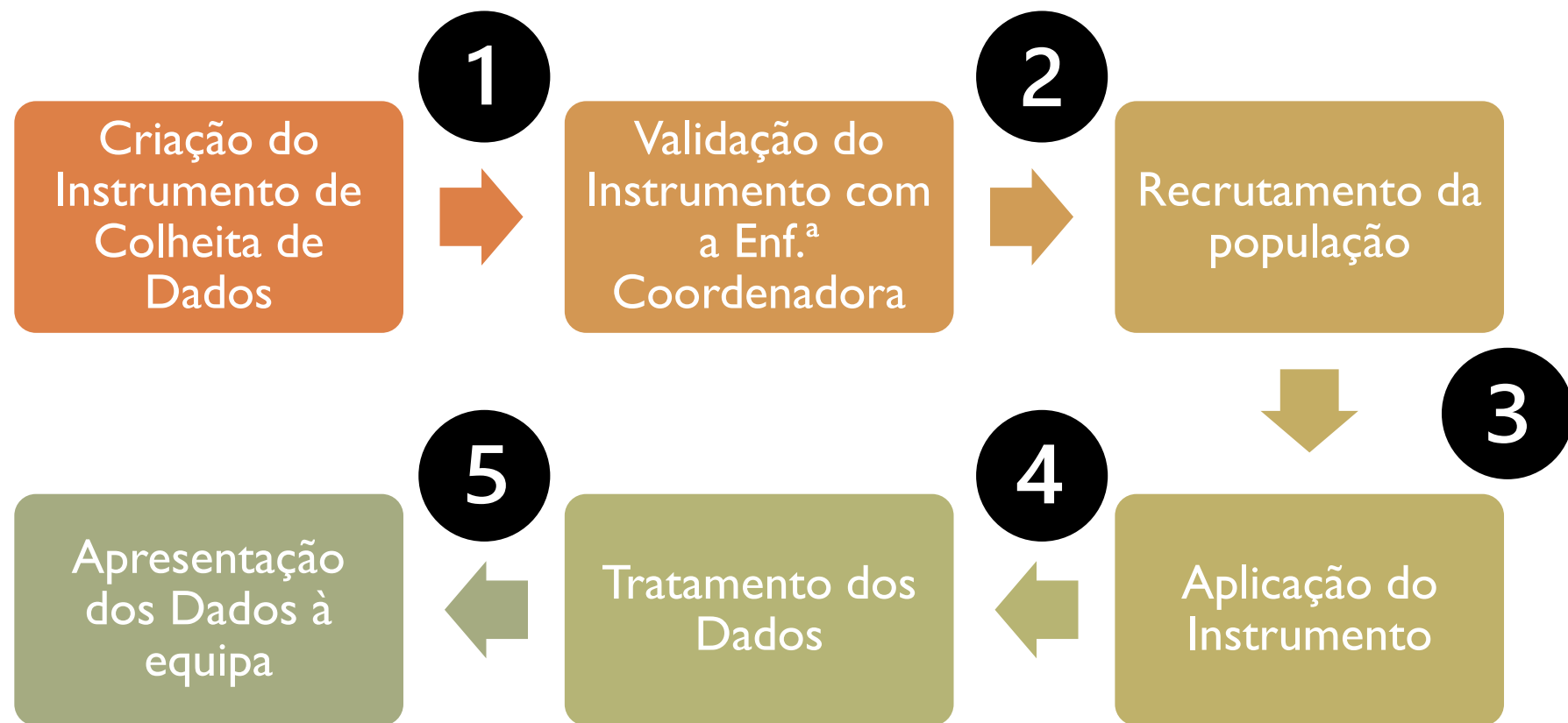
- Recusar participar no estudo

Recrutamento

Enf.^a
Coordenadora

Correio
eletrónico

METODOLOGIA



APRESENTAÇÃO DOS DADOS

6 respostas submetidas

Declaro ter compreendido os objetivos do projeto e o que me foi proposto e explicado pelo investigador responsável do estudo, ...

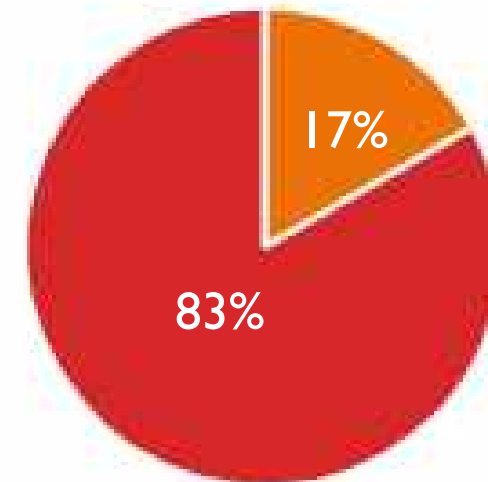
100%
Sim

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

2. Grupo etário (0 ponto)

Mais Detalhes

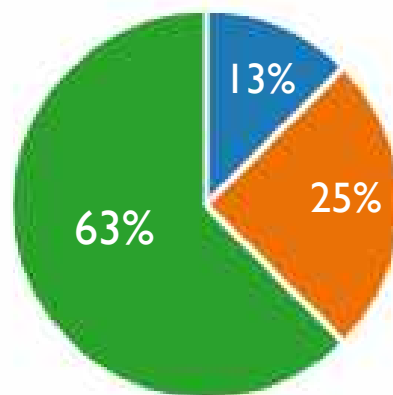
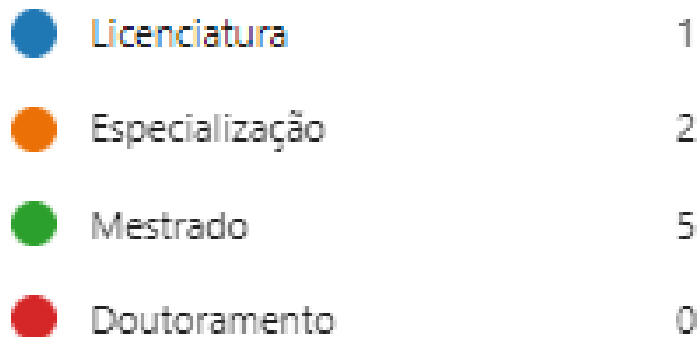
● 20-30 anos	0
● 31-40 anos	1
● 41-50 anos	0
● 51-60 anos	5
● +60 anos	0



CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

3. Formação académica (0 ponto)

Mais Detalhes



Equipa Nuclear

Nome	Área	Categoria
	F	Fisioterapeuta
	AT	Assistente Técnica
	E	Enfermeira Especialista
	E	Enfermeira Especialista Nomeada com funções de Chefia
	E	Enfermeira Especialista
	E	Enfermeira
	E	Enfermeira Especialista
	E	Enfermeira Especialista
	E	Enfermeira Especialista
	E	Enfermeira Especialista
	AS	Assistente Social

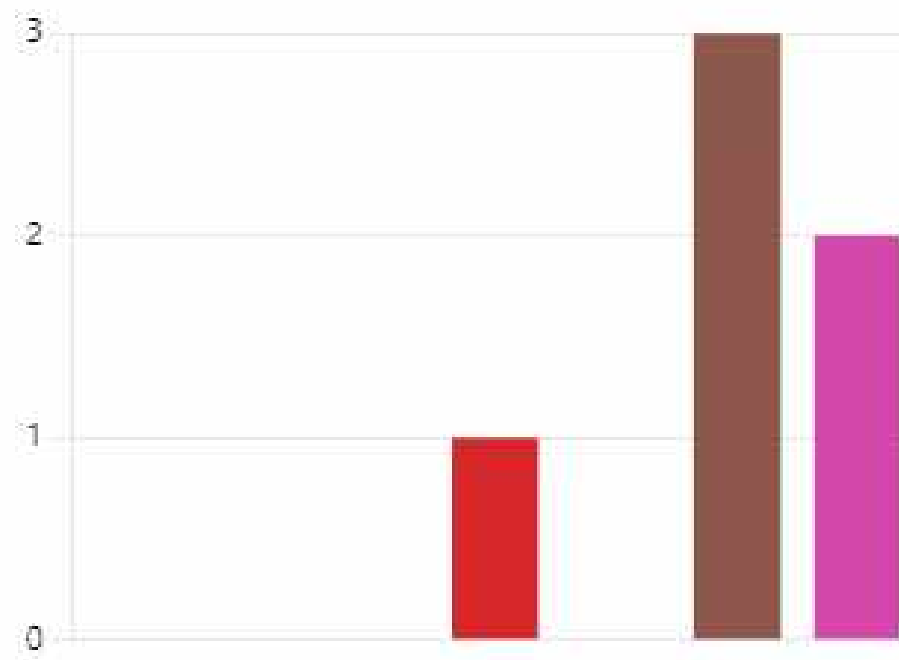
- 8 Enfermeiros (Equipa Nuclear da UCC);
- 7 integram a ECCI (100% Especialistas)

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

4. Tempo de experiência profissional: (0 ponto)

Mais Detalhes

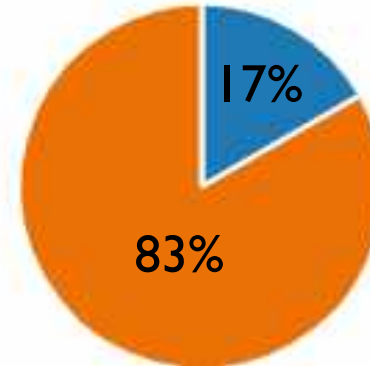
0-5 anos	0
6-10 anos	0
11-15 anos	0
16-20 anos	1
21-25 anos	0
26-30 anos	3
+30 anos	2



5. Tem Formação na Área da Prevenção de Infecção do Trato Urinário? (0 ponto)

[Mais Detalhes](#)

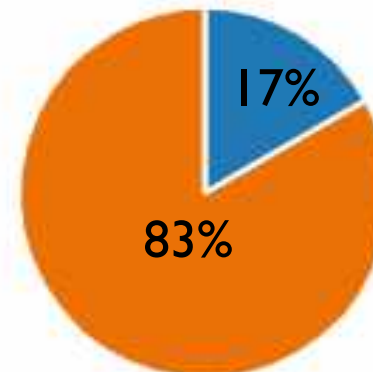
● Sim	1
● Não	5



6. Participou/colaborou em Projetos de Melhoria Continua na Área da (0 ponto)
Prevenção e/ou Controlo da Infecção do Trato Urinário?






[Mais Detalhes](#)

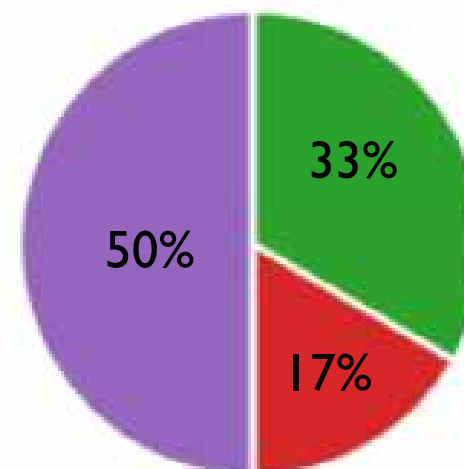
● Sim	1
● Não	5



7. Qual a sua percepção sobre a prevalência de Infecção do Trato Urinário na pessoa cuidada em contexto de ECCI?

Mais Detalhes

 Ausente	0
 Prevalência Baixa	0
 Prevalência Moderada	2
 Prevalência Elevada	1
 Prevalência Muito Elevada	3



8. Na sua opinião quais são os principais fatores de risco de Infecção do Trato Urinário da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI?

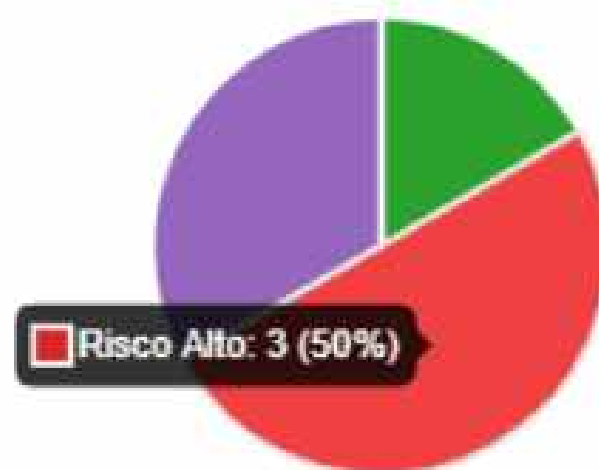


Categorias	Subcategorias	Cuidadores Formais “Instituições”; “SADS”	Cuidadores Informais “familiar”; “cuidador”	A pessoa cuidada “utente”
Déficit de Cuidados de higiene	Higienização da região genital, meato urinário, mãos; Utilização inadequada do material (esponjas); Utilização abundante de Cremes.	X	X	X
Déficit Hidratação				X
Presença de Dispositivo médico (cateter vesical)	Presença “corpo estranho”; Manuseamento/Manipulação; Desinfecção da conexão; Mudança de sacos coletores	X	X	X
Déficit conhecimento e capacidades cognitivas	“Desconhecimento de normas” “Desinformação inerente ao histórico de doenças dos utentes”	X	X	X

10. Como avalia atualmente o risco de Infecção do Trato Urinário da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI?

Mais Detalhes

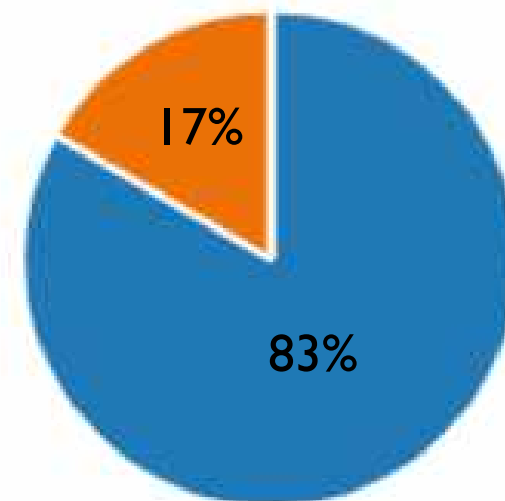
 Sem risco	0
 Risco Baixo	0
 Risco Médio	1
 Risco Alto	3
 Risco Muito Alto	2



11. Conhece a norma 019/2015, atualizada a 09/08/2022, "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical? (0 ponto)

[Mais Detalhes](#)

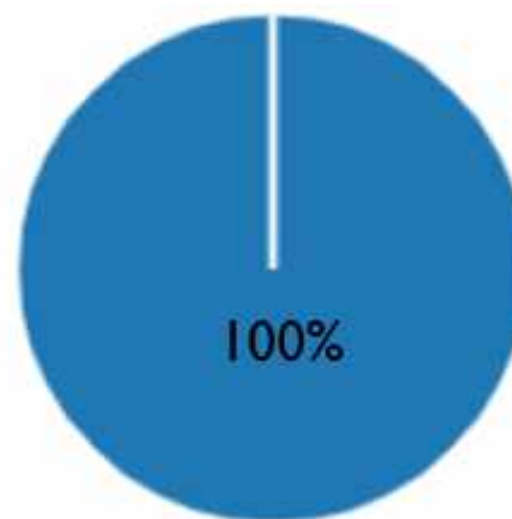
● Sim	5
● Não	1



12. Tem conhecimento da existência de folheto informativo “O cuidador como parceiro: (0 ponto) Cuidados a ter para a prevenção da Infecção Urinária em utentes” da UCC Cartaxo?

13. Utiliza estratégias na sua prática clínica para a prevenção e controlo de Infecções do Trato Urinário na pessoa cuidada em ECCI?

● Sim	6
● Não	0



14. Quais as estratégias que utiliza para Prevenir e Controlar Infecções do Trato urinário na comunidade de pessoas cuidada em ECCI?

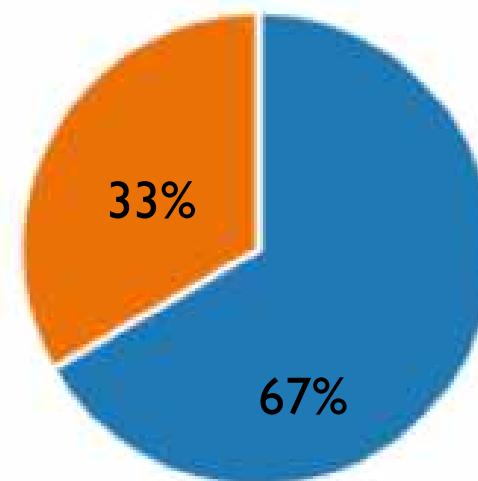
- “**Ações informativas** inerentes á prevenção das ITU’s tanto aos **cuidadores informais como formais e utentes individuais.**”
- “**Demonstração de técnicas;**”
- “**Adequação da instrução e informação** à pessoa que tenho à "frente".”
- “**Capacitação** do cuidador para **cuidados de higiene e hidratação**”
- “Cuidados a ter sempre que procedem a **higiene** do corpo.”
- “Empoderar cuidadores com informação relativamente aos **cuidados com cateter urinário;**“

14. Quais as estratégias que utiliza para Prevenir e Controlar Infecções do Trato urinário na comunidade de pessoas cuidada em ECCI?

- “Fornecer **material de leitura** a cuidadores (folheto informativo relacionado com a prevenção do trato urinário);
- Entrega de **folheto informativo** com instrução dos cuidadores informais dos cuidados a ter com **dispositivos e higiene genito-urinária.**”
- “Educando com a importância da **muda da fralda regular** e como se executa a **higiene íntima** da pessoa”
- “Ensinos aos cuidadores formais e informais. “
- “**Avaliação semanal da necessidade de manter dispositivo**”
- “Educar cuidadores nos cuidados: **cuidados de higiene na pessoa cuidada; cuidados de manuseamento de desinfeção do saco coletor de urina**”

15. Considera que existe necessidade de formação à equipa no âmbito da (0 ponto)
Prevenção e Controlo de Infeção do Trato Urinário?

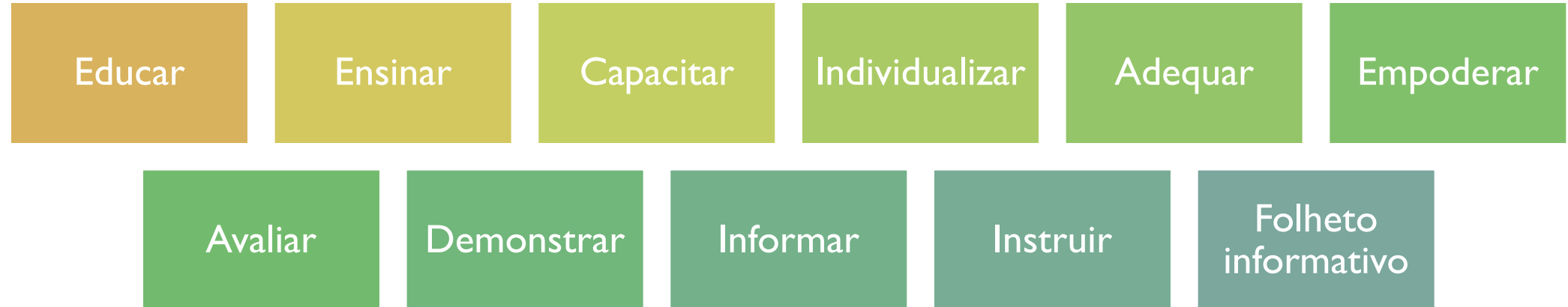
Mais Detalhes



CONCLUSÕES

- Equipa altamente qualificada, com **sólida formação académica e profissional** (maioria com experiência profissional > 26 anos);
- Área da Prevenção e Controlo de ITU: apenas 1 enfermeiro refere ter formação e apenas 1 refere ter participado/colaborado em projetos de melhoria continua;
- A perceção da equipa sobre a **prevalência de ITU** varia entre **prevalência moderada (2) a muito elevada (3)**;
- A média da avaliação da equipa sobre o Risco de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI é **Risco Alto (5)**;
- Foram identificados os **fatores de risco e fatores protetores** de ITU da comunidade de pessoas cuidadas em ECCI referidos pela equipa (3 níveis);

CONCLUSÕES - ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA EQUIPA



CONCLUSÃO – SCOPING REVIEW

Título da Revisão: Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: A scoping review protocol.

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Tipo de revisão: Compreensiva. 4 artigos seleccionados (1 de natureza qualitativa e 3 de natureza quantitativa).

CONTRIBUTOS DA SCOPING REVIEW

- A complexidade do ambiente comunitário (contexto domiciliário) com **fatores clínicos, ambientais e socioeconômicos próprios**, que interligados influenciam o desenvolvimento de ITU's.
- **Formação contínua** dirigida aos profissionais de saúde (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020);
- Importância do controlo de **fatores ambientais** (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020);
- Implementação de **diretrizes e práticas baseadas em evidência**;
- **Educação** de utentes e familiares;
- **Coordenação e colaboração interprofissional** no âmbito de projetos de prevenção e controlo de ITU's;
- **Estratégias multidisciplinares na melhoria da prescrição de antibióticos e na prevenção de ITU's** (Nace et al., 2020) (Rutten et al., 2022) .


PRÓXIMOS PASSOS DO PROJETO

 **POLITÉCNICO DE SANTARÉM**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Risco de infeção urinária na pessoa cuidada em ECCL

2ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária

 **POLITÉCNICO DE SANTARÉM**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

3ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária

Uniformizar procedimentos inerentes à Prevenção e Controlo de infeções urinárias:

- Procedimento de registos;
- Folheto Informativo;
- Instrumentos de monitorização

...

FIM

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

... AVALIAÇÃO DA SESSÃO ...



Risco de Infecção Urinária na Comunidade de pessoas cuidadas em ECCEI

2ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária

Mestranda: Beatriz Lopes, nº 220000114

Professora Orientadora: Prof.ª Lígia Monterroso

Enfermeira Cooperante: Enf.ª Mestre e Especialista [REDACTED]

OBJETIVOS

Apresentar a análise da “Grelha de Consulta do Processo Clínico da Pessoa Cuidada pela ECCI”;

Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de infeção urinária.

GRELHA DE CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO DA PESSOA CUIDADA PELA ECCI

Grelha de Consulta do Processo Clínico da pessoa cuidada pela Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade

Objetivo: identificar fatores de risco na pessoa cuidada em ECCI no desenvolvimento de infeções urinárias

Data de consulta:

Data de preenchimento:

Utente (codificação):

Indicadores:

Idade do utente			
Sexo	Feminino		Masculino
Grau de parentesco cuidador principal			
Idade do cuidador principal			
Prestador de cuidados de higiene			
Nível Dependência no autocuidado			

Antecedentes de Saúde/Doença do utente

Patologia Urinária	Sim	Não	Especificação:
Incontinência Urinária	Sim	Não	
Incontinência Intestinal	Sim	Não	
Infeção do Trato Urinário (ITU) Prévia	Sim	Não	Número:
Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022	Sim	Não	Número:
Internamento hospitalar desde 01/2022	Sim	Não	Número:
Presença de cateter vesical desde 01/2022	Sim	Não	Duração (dias):

Outros dados:

Idade
Sexo
Cuidador Principal (grau de parentesco e idade)
Prestador de Cuidados de Higiene
Nível de Dependência no Autocuidado
Antecedentes de Saúde/Doença
Internamentos Hospitalares desde 01/2022
Diagnóstico de ITU (número)
Presença de Cateter Vesical desde 01/22

GRELHA DE CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO DA PESSOA CUIDADA PELA ECCI

Grelha de Consulta do Processo Clínico da pessoa cuidada pela Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade

Objetivo: identificar fatores de risco na pessoa cuidada em ECCI no desenvolvimento de infeções urinárias

Data de consulta: _____
 Data de preenchimento: _____
 Utente (codificação): _____

Indicadores:

Idade do utente			
Sexo:	Feminino		Masculino
Grau de parentesco cuidador principal			
Idade do cuidador principal			
Prestador de cuidados de higiene			
Nível Dependência no autocuidado			

Antecedentes de Saúde/Doença do utente

Patologia Urinária	Sim	Não	Especificação:
Incontinência Urinária	Sim	Não	
Incontinência Intestinal	Sim	Não	
Infeção do Trato Urinário (ITU) Prévia	Sim	Não	Número: _____
Internamento hospitalar com ITU desde 01/2022	Sim	Não	Número: _____
Internamento hospitalar desde 01/2022	Sim	Não	Número: _____
Presença de cateter vesical desde 01/2022	Sim	Não	Duração (dias): _____

Outros dados:

Índice de *Graffar*

Escala de *Morse*:

- Estado Mental/Perceção Mental

Escala de *Braden*:

- Humidade;
- Nutrição.

Escala Modificada de *Barthel*:

- Resultado Final;
- Subescalas.

COLHEITA DE DADOS

Consulta de Processos Clínicos dos Utentes



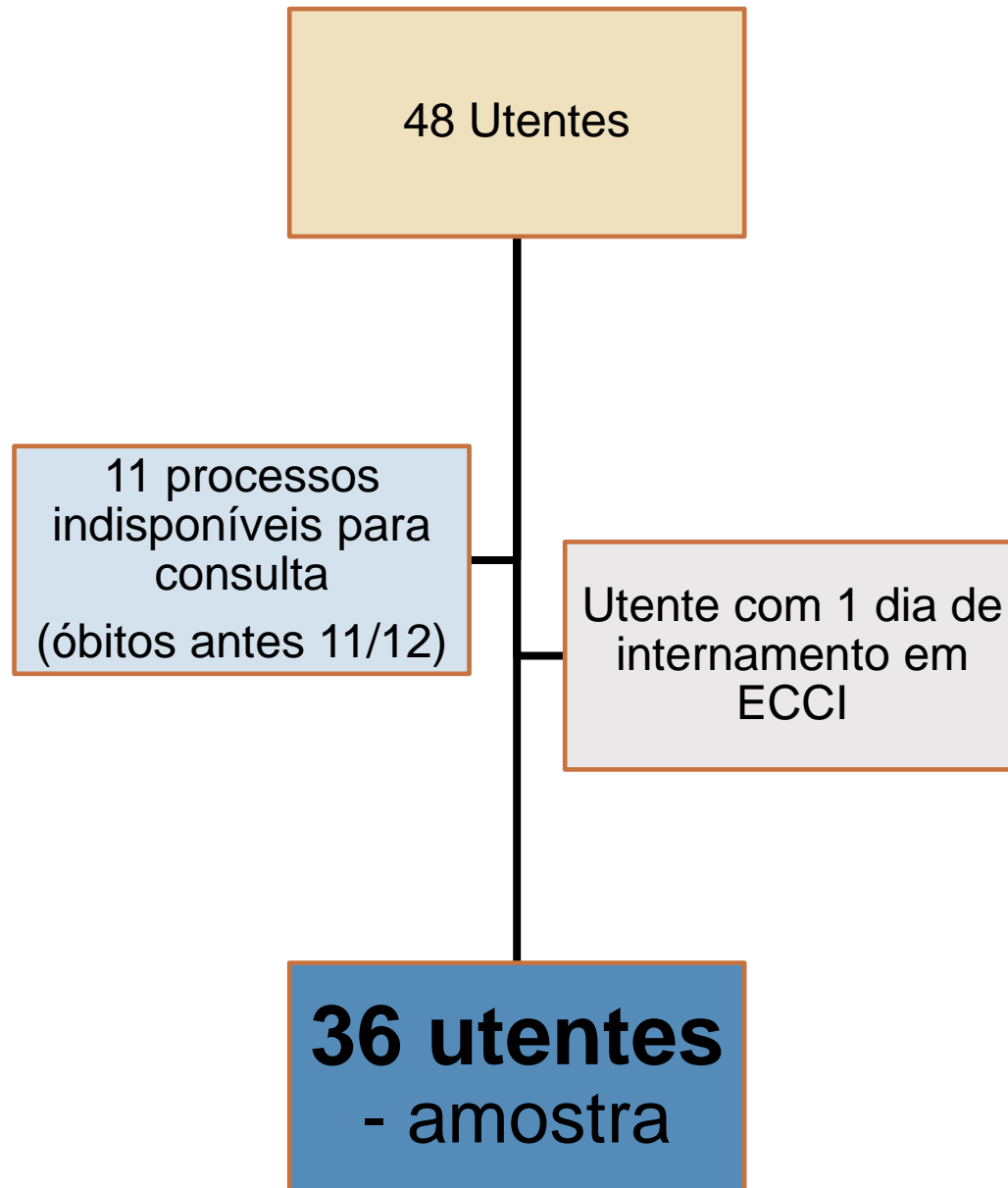
POPULAÇÃO

Critérios de Inclusão:

- Estar inscrito na UCC;
- Ser abrangido pela visita domiciliar de enfermagem da ECCI no período compreendido **entre 1 de setembro e 11 de dezembro de 2023;**
- Internamento em ECCI > 1 dia
- Processos disponíveis para consulta.

Critérios de Exclusão:

- Não ser abrangido pela visita domiciliar de enfermagem da ECCI no período compreendido entre 1 de setembro de 2023 e 11 de dezembro de 2023;
- Internamento em ECCI \leq 1 dia;
- Processos indisponíveis para consulta.



TRATAMENTO DOS DADOS

- Software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences);
- Adequada ao tamanho da amostra (Marôco, 2014);
- Comparação da idade do utente, a idade do cuidador informal, o nº dias de internamento e nº internamentos hospitalar, em função do nº de ITU;
- Associado Nº de ITU (1 Vez e 2-4 Vezes) com as variáveis em estudo.





APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos



36 utentes - amostra

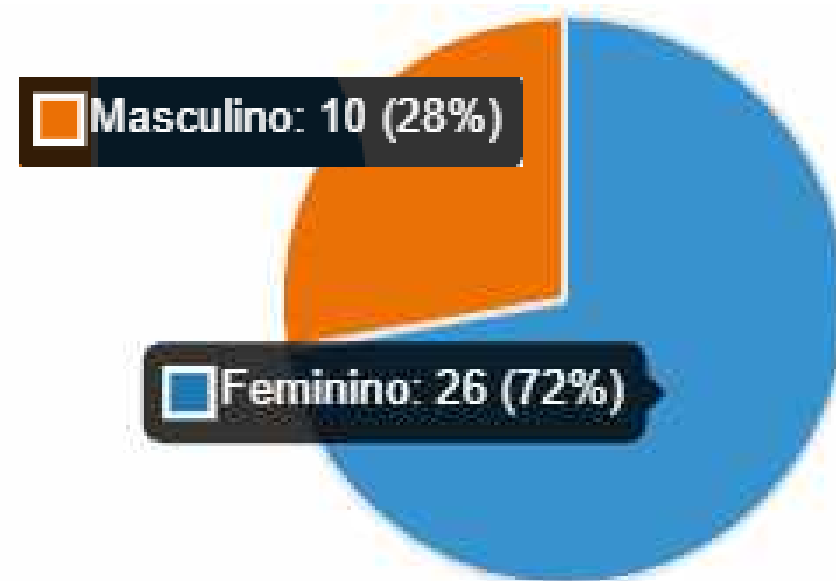
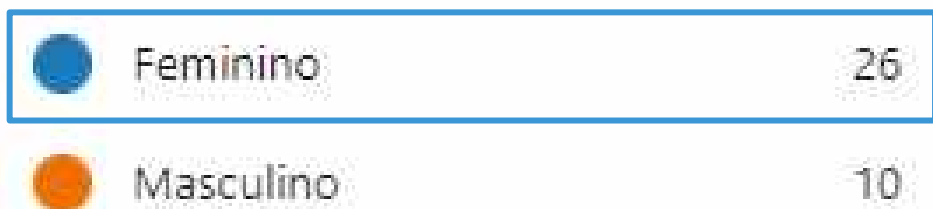


M_e idades \approx 78 anos



M_e dias internamento em ECCI \approx 145 dias

SEXO



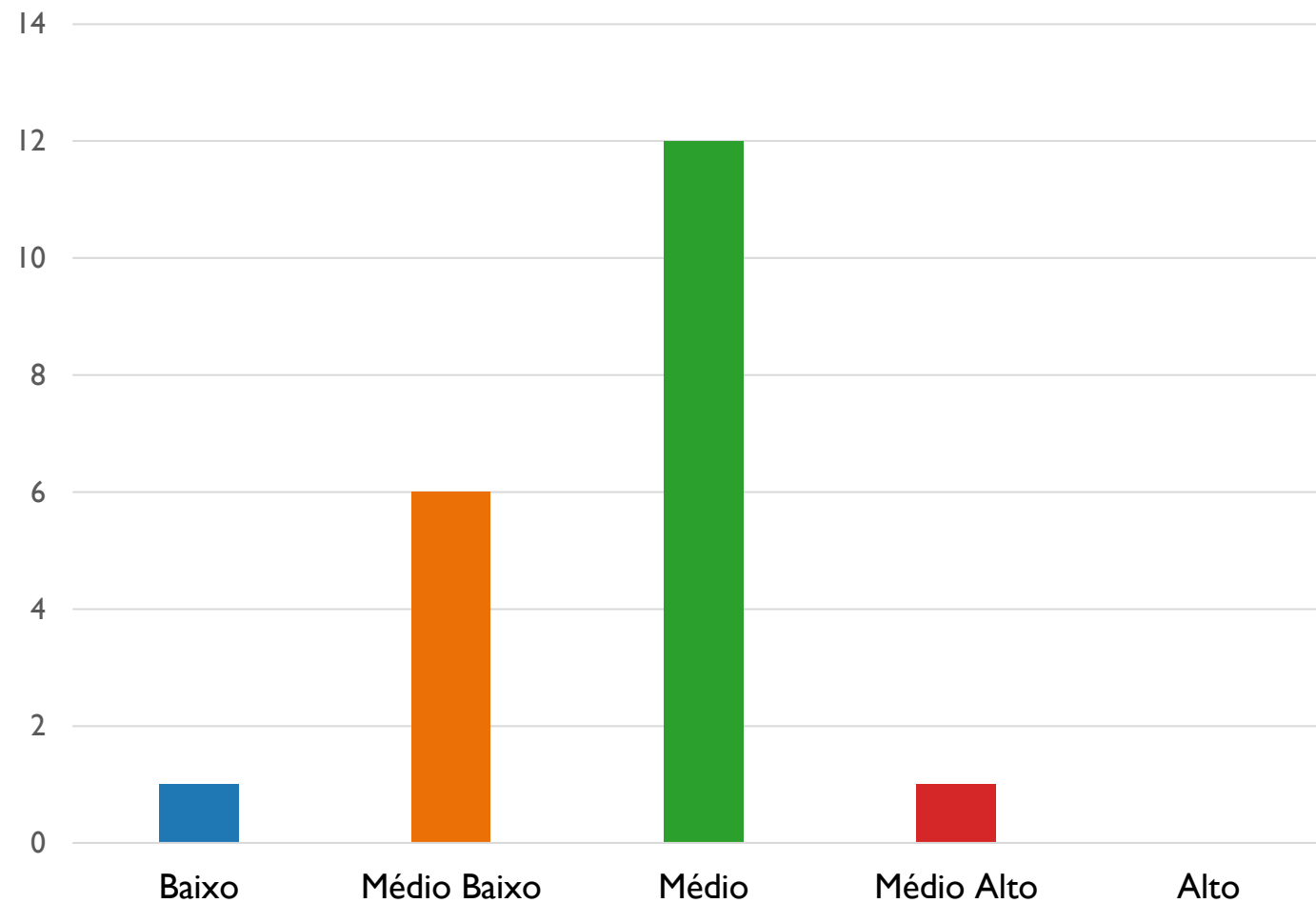
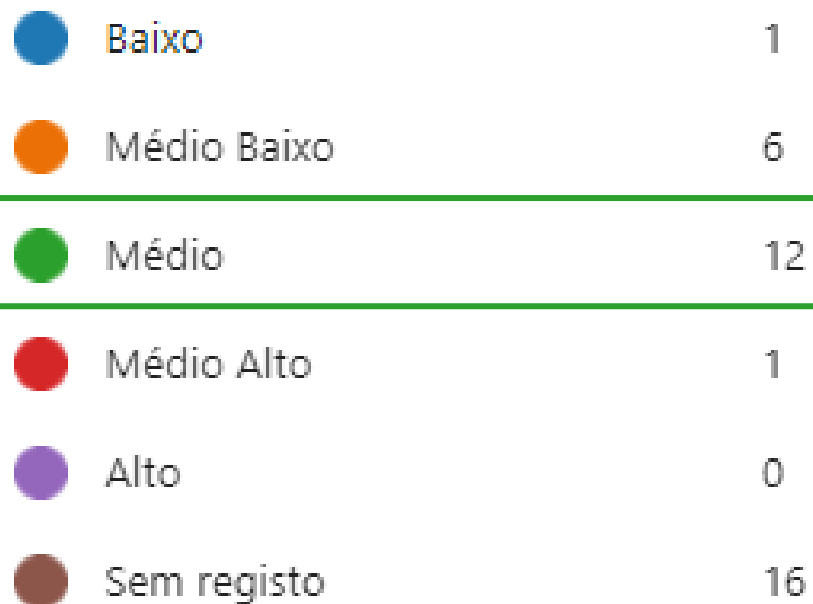
CUIDADORES

$$M_e \text{ idade} = \frac{1175}{20} \approx 59 \text{ anos}$$

Cuidador Principal	N = 36
Filha/filho	15
Esposa/esposo	11
Nora	2
Sem registo	3
...	

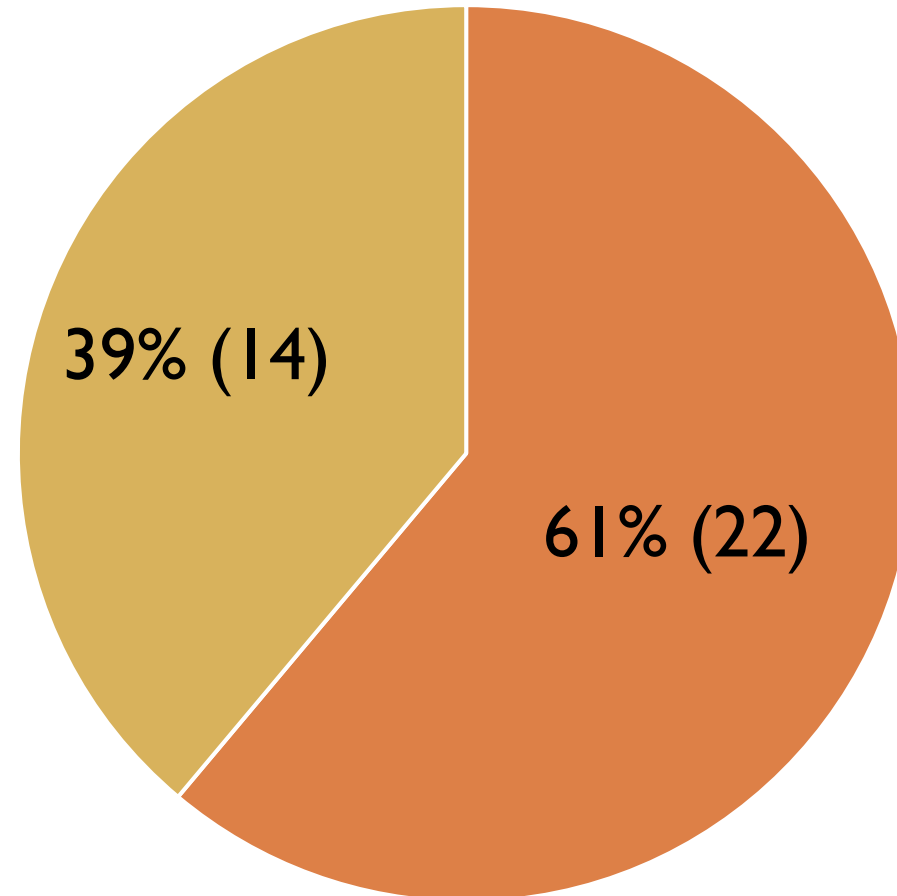
Principal Prestador de Cuidados de Higiene	N = 36
SADs	15
Cuidador Particular	3
Auxiliares do Lar	1
Cuidador Informal	9
O próprio	8

ÍNDICE DE GRAFFAR



Estado Mental/Percepção Mental (Escala de Morse)

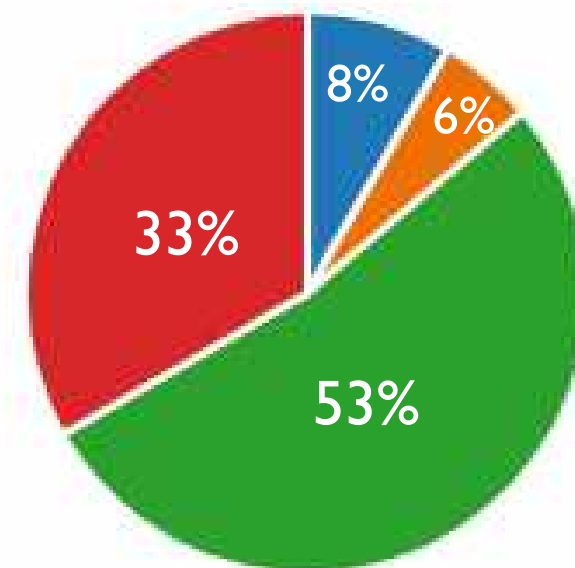
- Consciente das suas capacidades
- Não consciente das suas capacidades



26. Escala de Braden- Humidade (Nível de exposição da pele à humidade)

Mais Detalhes

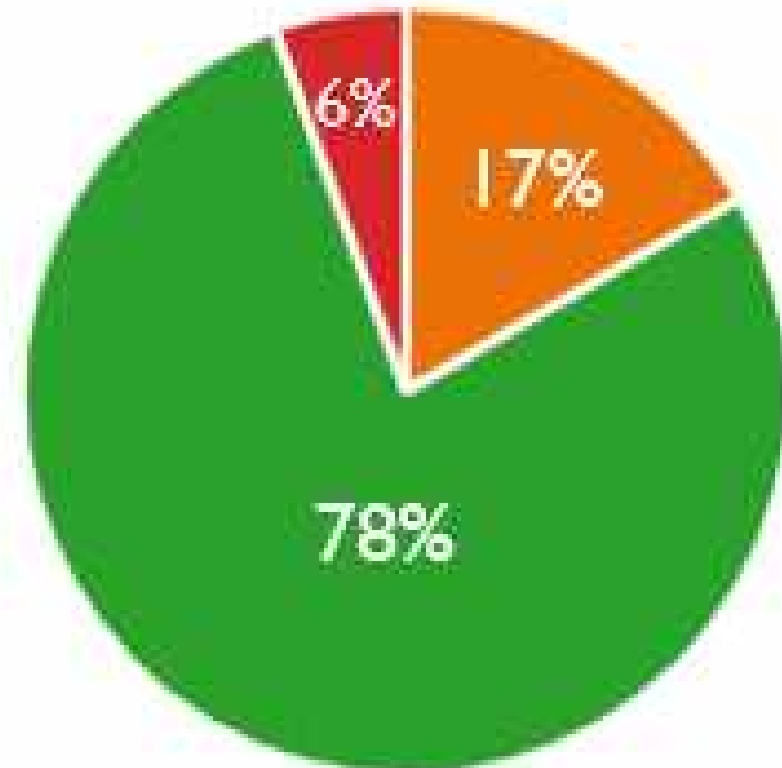
● 1. Pele constantemente húmida	3
● 2. Pele muito húmida	2
● 3. Pele ocasionalmente húmida	19
● 4. Pele raramente húmida	12



27. Escala de Braden- Nutrição

Mais Detalhes


● 1. Muito Pobre	0
● 2. Provavelmente inadequada	6
● 3. Adequada	28
● 4. Excelente	2

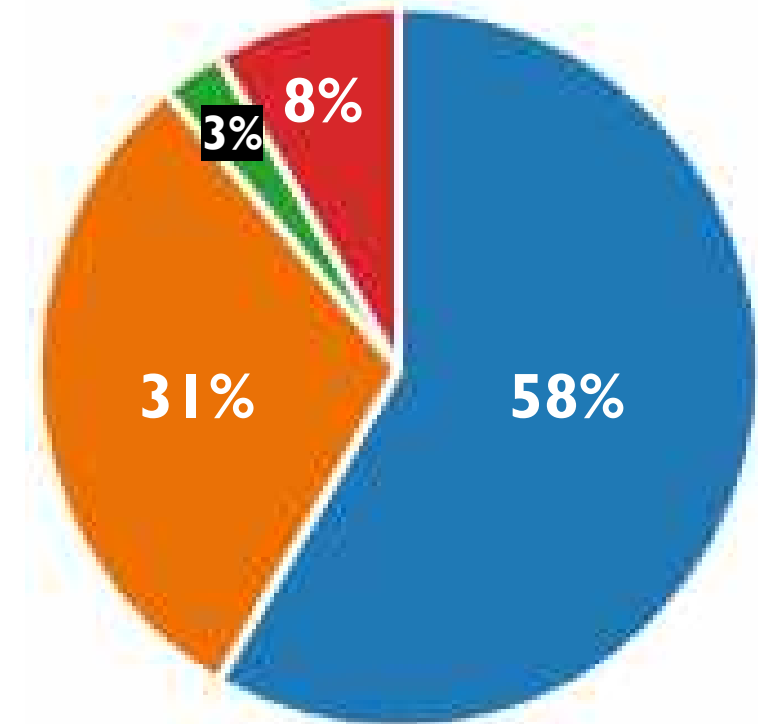


28. Escala Modificada de Barthel - Resultado final

[Mais Detalhes](#)

 Informações

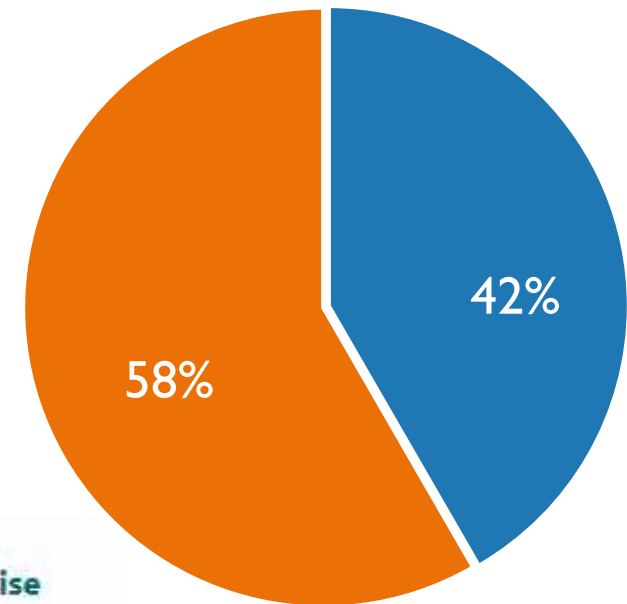
 Dependência Grave	21
 Dependência Moderada	11
 Dependência Ligeira	1
 Totalmente independente	3



UTENTES COM ANTECEDENTES DE PATOLOGIA GENITURINÁRIA

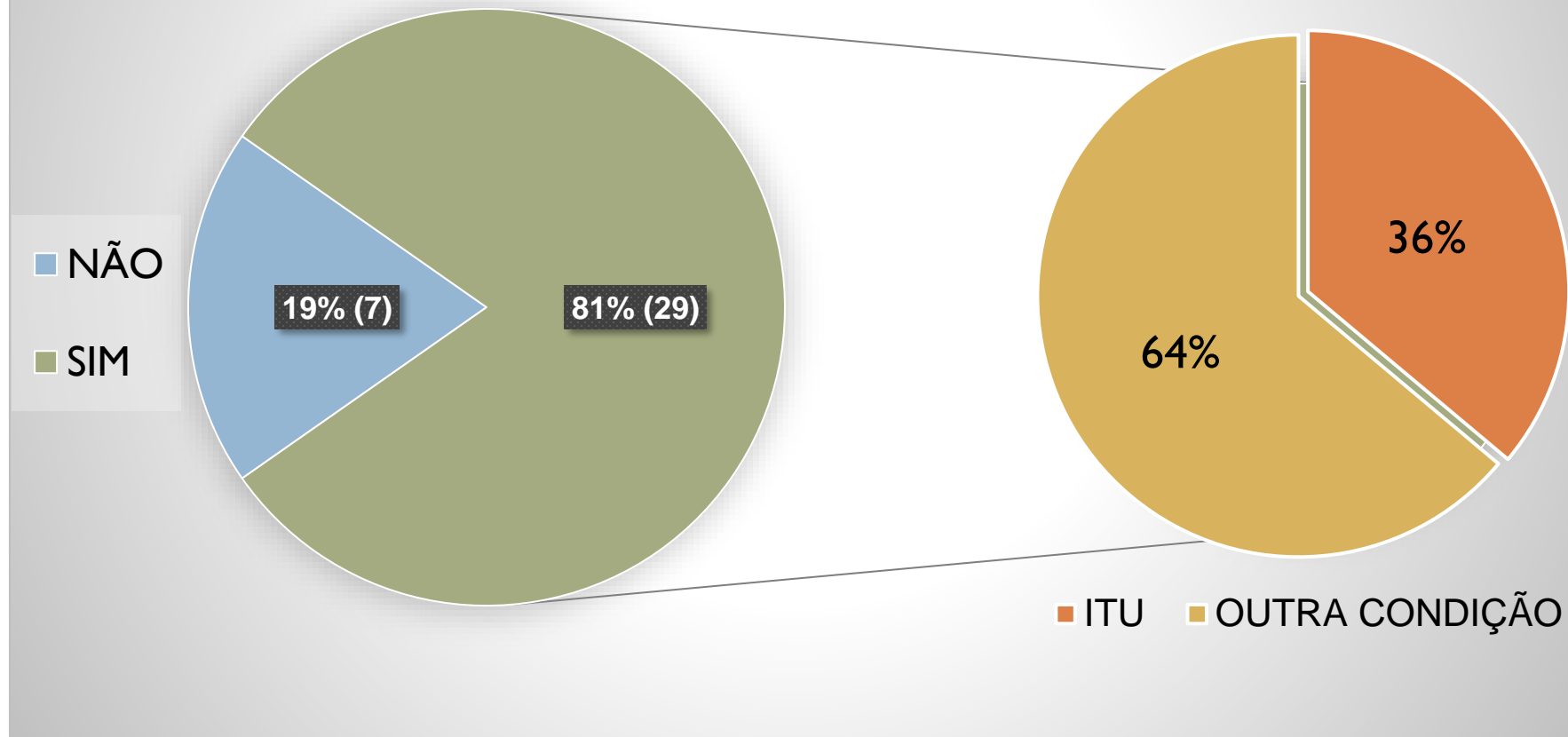
● Sim 15

● Não 21



Sepsis Hiperplasia Benigna semana Incontinência urinária hemodiálise
carcinoma rim direito urinária **doença renal** Próstata Insuficiência renal
suspensão uretral retropúbica ITU recorrência stress reparação
vaginal **próstata** **Doença renal crónica** Lesão renal
nefropatia diabética prolapso útero-vaginal

UTENTES COM INTERNAMENTO HOSPITAL DESDE JAN/2022

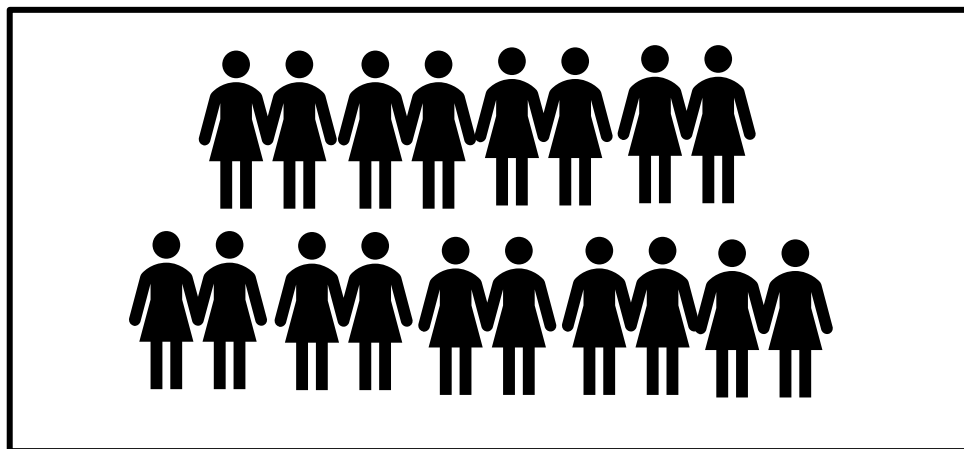
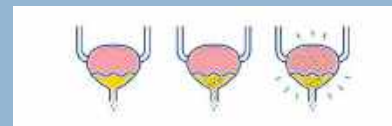


M_e (internamentos hospitalar/utente) $\approx 1,9$

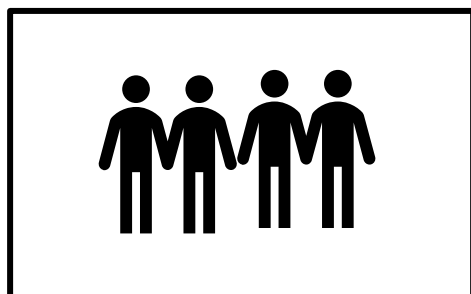
Apreciar o pormenor e aprofundar conhecimentos para cuidados excepcionais.



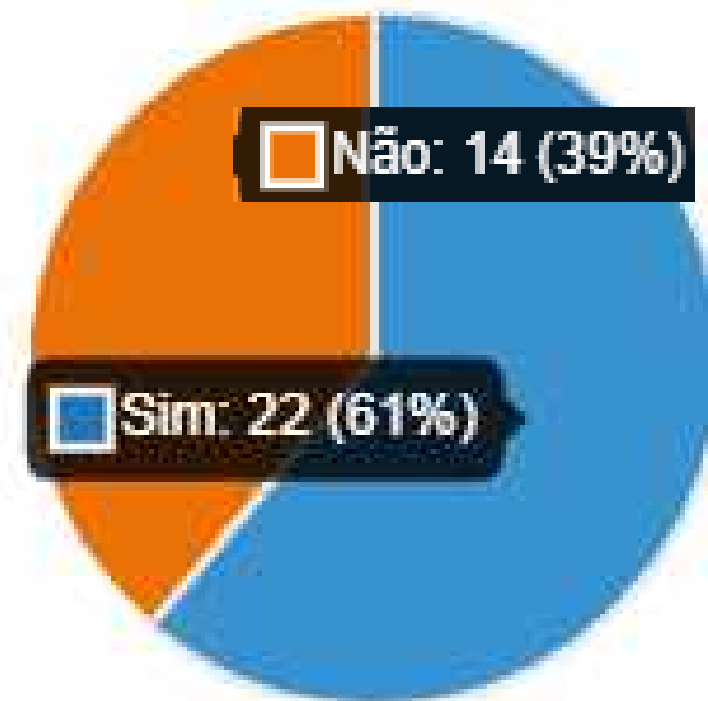
UTENTES COM REGISTO DE DIAGNÓSTICO DE ITU



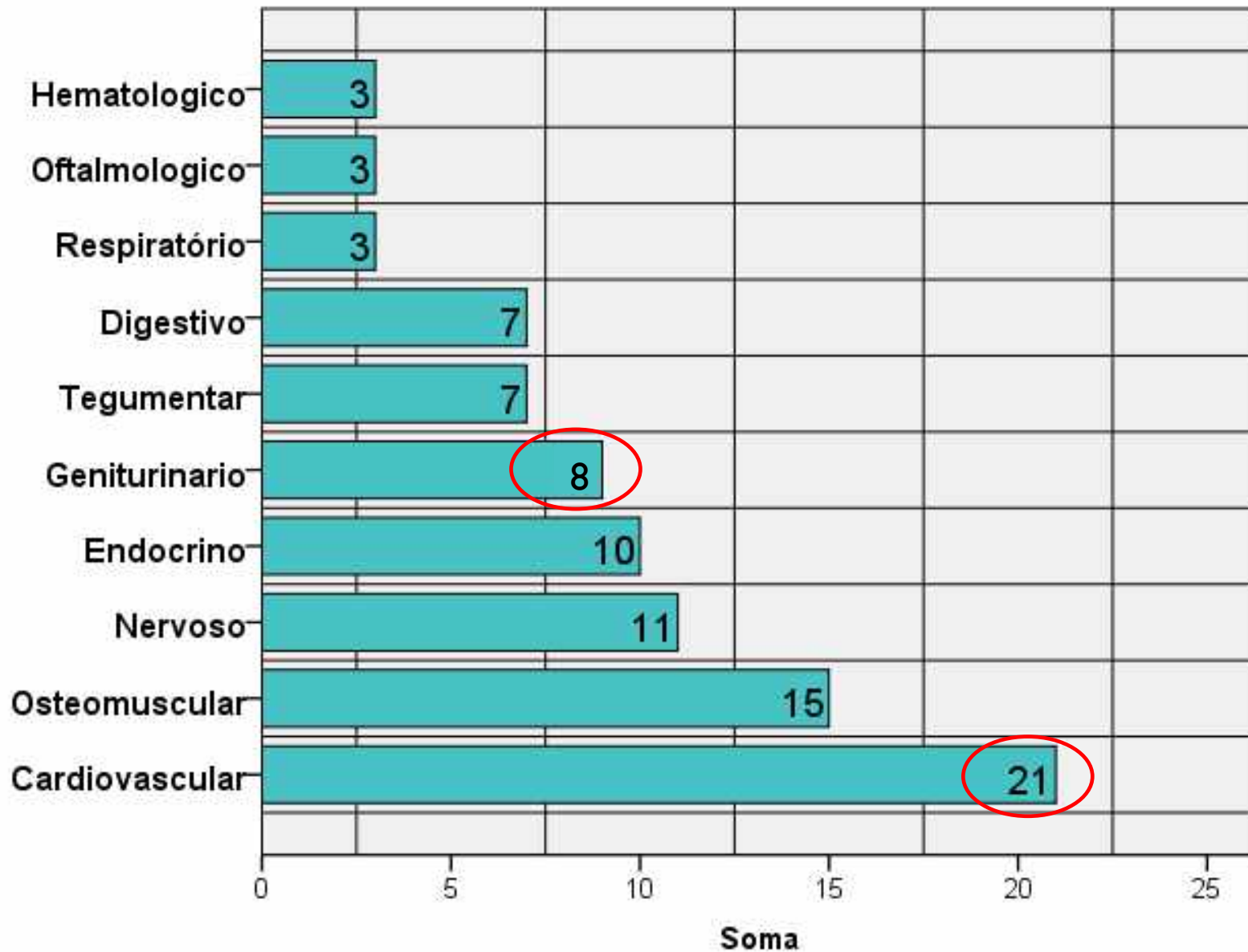
18



4

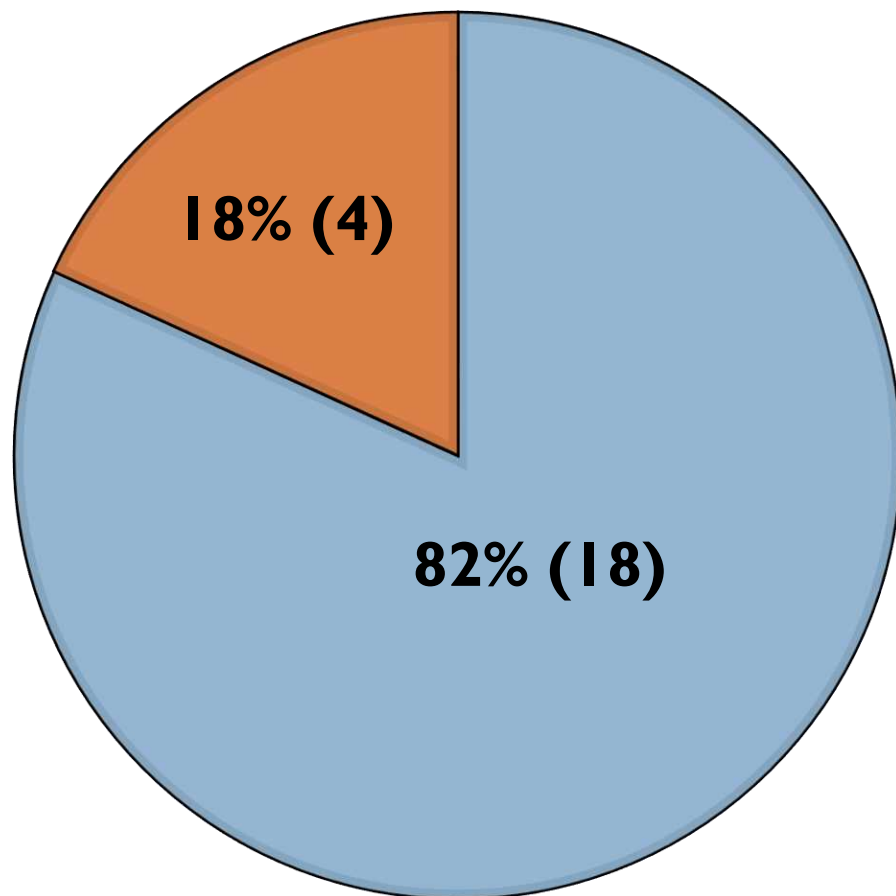


DADOS DOS UTENTES COM ITU (N=22)		M _e (dp)	Min/Max	Comparação com total utentes (N=36)
Idade (utente)		80,6 (10,0)	50-93	M _e = 78 anos
Idade (Cuidador Informal)		65,8 (11,6)	52-87	M _e = 59 anos
Nº Dias Internamento ECCI		130,1 (115,5)	6-532	M _e = 145 dias
Nº Internamentos Hospitalares		2,1 (3,0)	1-12	M _e = 1,9
		N	%	
Sexo (utente)				
	Masculino	4	18,2	10 (28%)
	Feminino	18	81,8	26 (72%)
Sexo (Cuidador Informal)				
	Masculino	10	45,5	
	Feminino	10	45,5	
	Omisso	2	9,1	
Prestador de cuidados de Higiene				
	Cuidador Informal	8	36,4	17 (47,2%)
	Cuidador Formal	14	63,6	19 (52,8%)



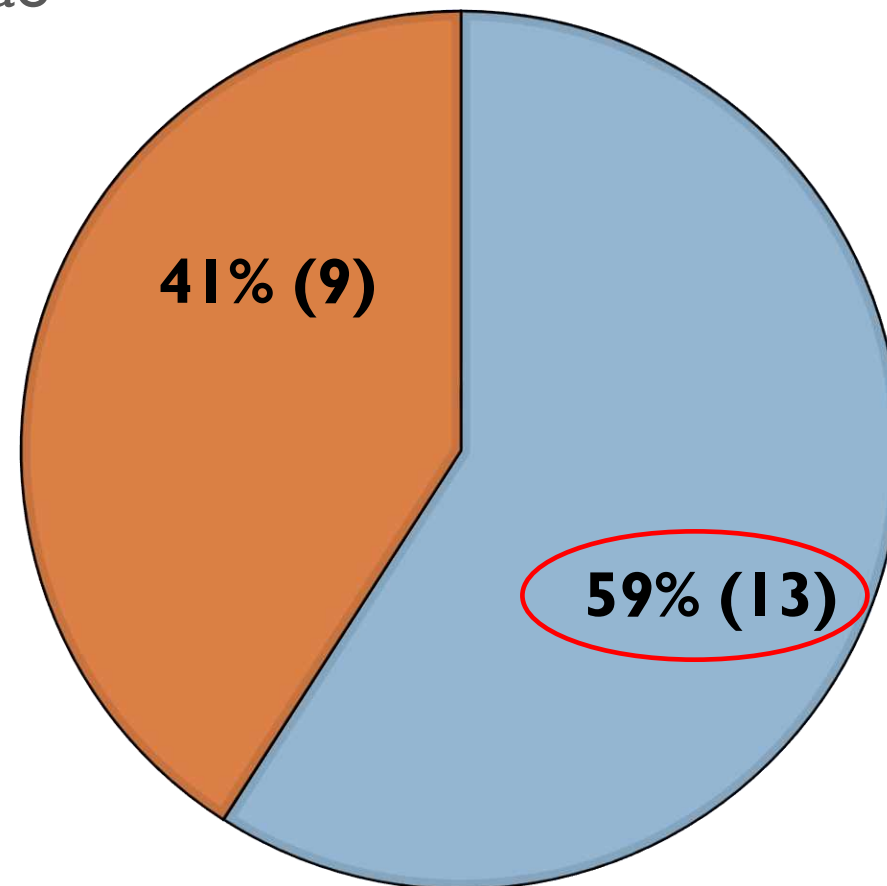
Frequência de patologias dos utentes (distribuídas pelos diferentes sistemas orgânicos)

**UTENTES COM DIAGNÓSTICO
DE ITU COM INTERNAMENTO HOSPITALAR
DESDE JAN/22**



**UTENTES COM DIAGNÓSTICO
DE ITU COM INTERNAMENTO HOSPITALAR
POR ITU DESDE JAN/22**

■ Sim ■ Não



-
- Cruzamento do N° de ITU dos 2 grupos (grupo 1 e grupo 2) com as variáveis em estudo

N° de ITU's	Frequência	
1	13	Grupo 1 (ITU 1 vez)
2	6	Grupo 2 (ITU 2-4 vezes)
3	1	
4	1	
16	1	
(N=26)	(N=22)	

Tabela 3. Comparação da idade do utente, idade do cuidador informal, nº de dias de internamento em ECCI e nº internamentos hospitalares, em função do nº de ITU

	Nº de ITU						dif	p
	1 Vez			2-4 vezes				
	N	Média	Dp	N	Média	Dp		
Idade (Utente)	13	81,0	7,3	9	79,9	13,6	1,1	0,814
Idade (Cuidador Informal)	5	66,4	12,1	7	65,4	12,1	1,0	0,807
Nº Dias Internamento	13	89,5	72,3	9	188,8	152,0	99,2	0,045
Nº Internamento Hospitalar	6	1,2	0,4	7	2,9	4,1	1,7	0,291

(p=Teste de Mann-Whitney)

Existe uma diferença estatisticamente significativa no **nº de dias de internamento (p=0,045)**.

A media do nº de dias de internamento foi superior nos utentes que tiveram ITU 2-4 vezes.

Tabela 4.

Associação entre o Nº de ITU e o Sexo (utente)

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		Nº de ITU		Total	p
		1 Vez	2-4 vezes		
Participante (Sexo)	Masculino	N	3	1	4
		% Partic. Sexo	75,0%	25,0%	100,0%
		% Nº ITU	23,1%	11,1%	18,2%
	Feminino	N	10	8	18
		% Partic. Sexo	55,6%	44,4%	100,0%
		% Nº ITU	76,9%	88,9%	81,8%
	Total	N	13	9	22
		% Partic. Sexo	59,1%	40,9%	100,0%
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%

(p=Teste Exato de Fisher)

Distribuição por sexo

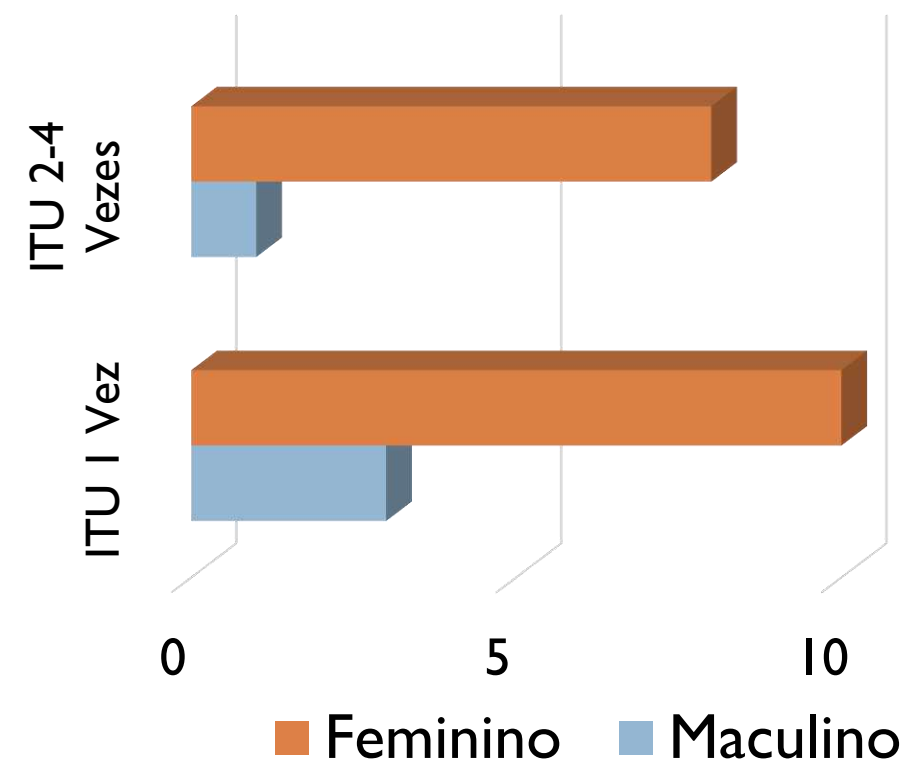


Tabela 5.

Associação entre o N° de ITU e o Sexo (Cuidador Informal)

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		N° de ITU		Total	p	
		1 Vez	2-4 vezes			
Cuidador Informal (Sexo)	Masculino	N	7	3	10	0,370
		% Cuidad. Sexo	70,0%	30,0%	100,0%	
		% N° ITU	63,6%	33,3%	50,0%	
	Feminino	N	4	6	10	
		% Cuidad. Sexo	40,0%	60,0%	100,0%	
		% N° ITU	36,4%	66,7%	50,0%	
Total		N	11	9	20	
		% Cuidad. Sexo	55,0%	45,0%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	

(p=Teste Exato de Fisher)

Distribuição por sexo

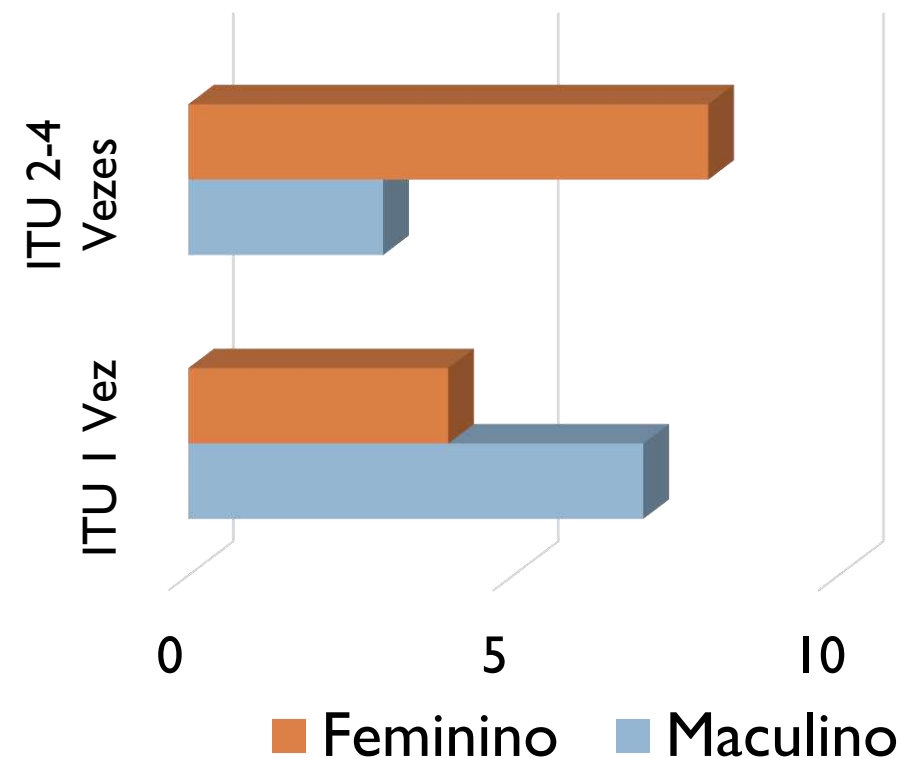


Tabela 6.

Associação entre o N° de ITU e o tipo de Prestador de Cuidados de Higiene

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
Prestador de cuidados de Higiene	Cuidador informal	N	6	2	8	
		% Prest. Chig	75,0%	25,0%	100,0%	
		% N° ITU	46,2%	22,2%	36,4%	
	Cuidador Formal	N	7	7	14	
		% Prest. Chig	50,0%	50,0%	100,0%	
		% N° ITU	53,8%	77,8%	63,6%	
	<i>Total</i>	N	13	9	22	
		% Prest. Chig	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,380

A maioria dos prestadores de cuidados de higiene dos utentes com ITU são Cuidadores Formais.

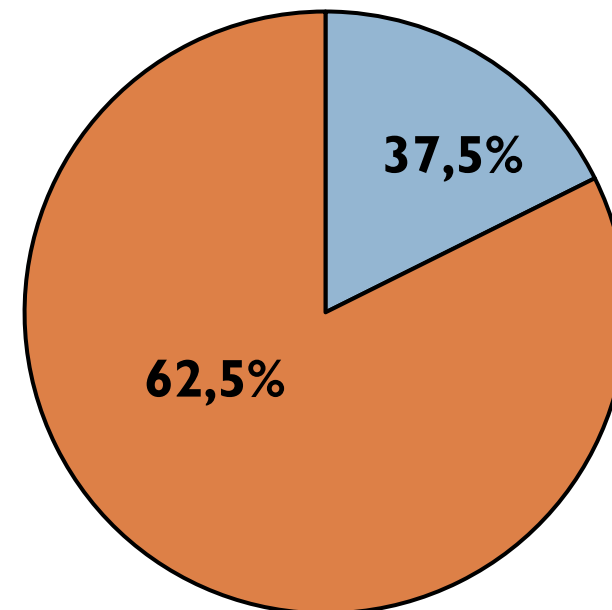
(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 7.*Associação entre o Nº de ITU e Patologia Urinária*

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		Nº de ITU		Total	p	
		1 Vez	2-4 vezes			
Patologia Urinária	Não	N	10	4	14	
		% Pat. Urinária	71,4%	28,6%	100,0%	
		% Nº ITU	76,9%	44,4%	63,6%	
Sim	N	3	5	8		
	% Pat. Urinária	37,5%	62,5%	100,0%		
	% Nº ITU	23,1%	55,6%	36,4%		
<i>Total</i>		N	13	9	22	
		% Pat. Urinária	59,1%	40,9%	100,0%	
		% Nº ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,187

(p=Teste Exato de Fisher)

Utentes com ITU com patologia urinária

■ 1 vez ■ 2-4 vezes

REGISTO DE PRESENÇA DE CATETER VESICAL DESDE JAN/22

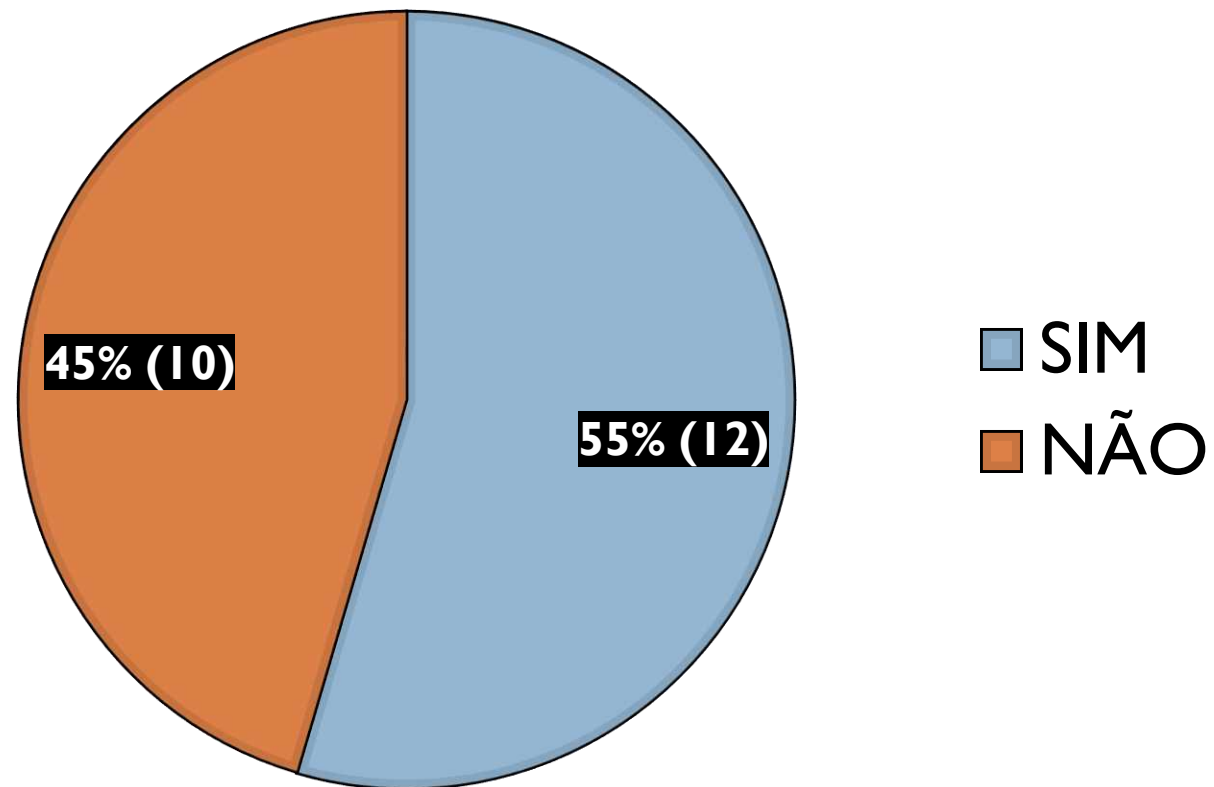


Tabela 8.

Associação entre o N° de ITU e Presença de Cateter Vesical desde 01/2022

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		N° de ITU			Total	p
		1 Vez	2-4 vezes			
Presença de cateter vesical desde 01/2022	Não	N	8	2	10	
		% Cateter ves.	80,0%	20,0%	100,0%	
		% N° ITU	61,5%	22,2%	45,5%	
	Sim	N	5	7	12	
		% Cateter ves.	41,7%	58,3%	100,0%	
		% N° ITU	38,5%	77,8%	54,5%	
	Total	N	13	9	22	
		% Cateter ves.	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,099

A maioria dos utentes com ITU 2-4 vezes têm registo de presença de cateter vesical.

(p=Teste Exato de Fisher)

Tabela 9.*Associação entre o N° de ITU e o Índice de Graffar*

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

			N° de ITU			<i>p</i>
			1 Vez	2-4 vezes	Total	
Índice de Graffar	Médio-Baixo	N	5	0	5	
		% Índice Graffar	100,0%	0,0%	100,0%	
		% N° ITU	55,6%	0,0%	35,7%	
	Médio	N	3	5	8	
		% Índice Graffar	37,5%	62,5%	100,0%	
		% N° ITU	33,3%	100,0%	57,1%	
	Médio-Alto	N	1	0	1	
		% Índice Graffar	100,0%	0,0%	100,0%	
		% N° ITU	11,1%	0,0%	7,1%	
<i>Total</i>	N	9	5	14		
	% Índice Graffar	64,3%	35,7%	100,0%		
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,054 (*)	

Nenhum utente com ITU tem um Índice de Graffar Baixo ou Alto.

A totalidade dos utentes com 2-4 vezes tem um Índice de Graffar Médio.

(*p*=Teste Qui-Quadrado)

(*) 5 células (83,3%) esperam contagem <5. A contagem mínima esperada é ,36.

Tabela 10.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Morse (Estado Mental)

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		N° de ITU			p
		1 Vez	2-4 vezes	Total	
(Escala Morse)	Não consciente	6	6	12	
	% Escala Morse	50,0%	50,0%	100,0%	
Estado Mental	suas capac.	46,2%	66,7%	54,5%	
	Consciente	7	3	10	
	% Escala Morse	70,0%	30,0%	100,0%	
	% N° ITU	53,8%	33,3%	45,5%	
	Total	13	9	22	
	% Escala Morse	59,1%	40,9%	100,0%	
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,415

(p=Teste Exato de Fisher)

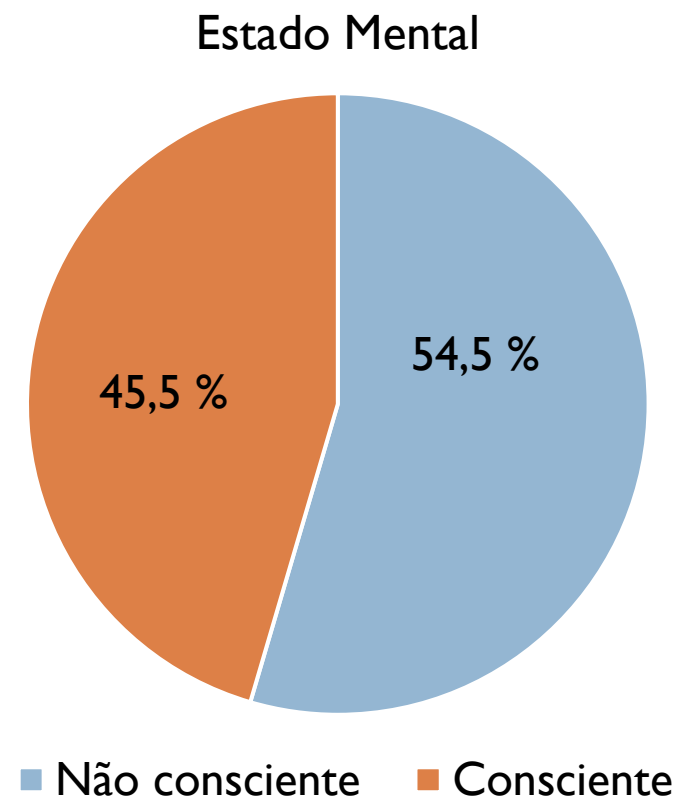


Tabela 11.

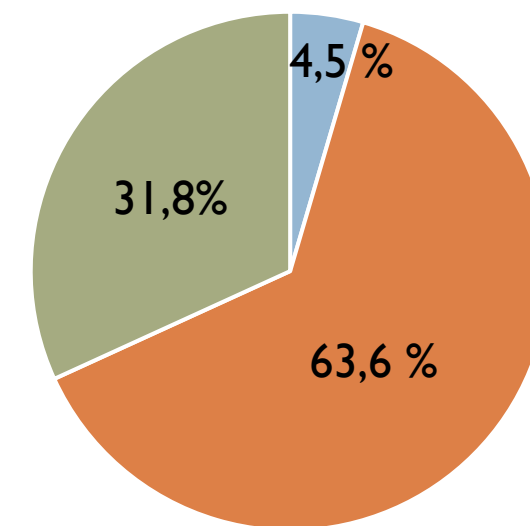
Associação entre o N° de ITU e a Escala de Braden (Humidade da Pele)

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

			N° de ITU		Total	p
			1 Vez	2-4 vezes		
(Escala Braden)	Pele	N	0	1	1	
	constantem	% Escala Braden	0,0%	100,0%	100,0%	
	Humidade	% N° ITU	0,0%	11,1%	4,5%	
e Pele	Pele	N	9	5	14	
	ocasionalm	% Escala Braden	64,3%	35,7%	100,0%	
	ente húmida	% N° ITU	69,2%	55,6%	63,6%	
	Pele	N	4	3	7	
	raramente	% Escala Braden	57,1%	42,9%	100,0%	
	húmida	% N° ITU	30,8%	33,3%	31,8%	
Total		N	13	9	22	
		% Escala Braden	59,1%	40,9%	100,0%	
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,447

(p=Teste Qui-Quadrado)

Humidade da Pele



- Constantemente húmida
- Ocasionalmente
- Raramente

Tabela 12.

Associação entre o N° de ITU e a Escala de Braden (Nutrição)

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		N° de ITU			<i>p</i>
		1 Vez	2-4 vezes	Total	
(Escala Braden)	Provavelmente	N	2	1	3
		% Escala Braden	66,7%	33,3%	100,0%
		% N° ITU	15,4%	11,1%	13,6%
Nutrição	Inadequada	N	10	7	17
		% Escala Braden	58,8%	41,2%	100,0%
		% N° ITU	76,9%	77,8%	77,3%
	Excelente	N	1	1	2
		% Escala Braden	50,0%	50,0%	100,0%
		% N° ITU	7,7%	11,1%	9,1%
Total		N	13	9	22
		% Escala Braden	59,1%	40,9%	100,0%
		% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%

(p=Teste Qui-Quadrado)

Tabela 13.

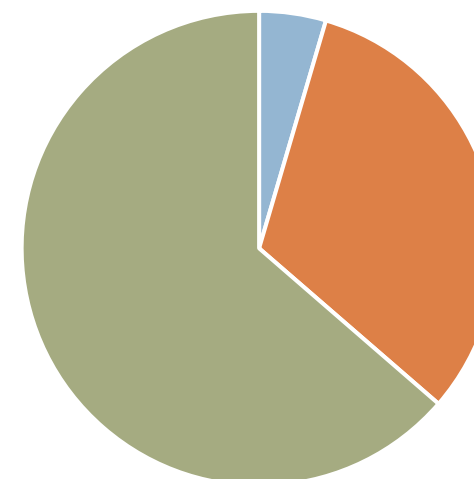
*Associação entre o N° de ITU e a Escala de Barthel
(Resultado Final)*

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

		N° de ITU			p
		1 Vez	2-4 vezes	Total	
Escala Barthel (Resultado Final)	Totalmente independente	N	1	0	1
		% Es. Barthel	100,0%	0,0%	100,0%
		% N° ITU	7,7%	0,0%	4,5%
	Dependência Moderada	N	6	1	7
		% Es. Barthel	85,7%	14,3%	100,0%
		% N° ITU	46,2%	11,1%	31,8%
	Dependência Grave	N	6	8	14
		% Es. Barthel	42,9%	57,1%	100,0%
		% N° ITU	46,2%	88,9%	63,6%
	<i>Total</i>	N	13	9	22
	% Es. Barthel	59,1%	40,9%	100,0%	
	% N° ITU	100,0%	100,0%	100,0%	0,118

(p=Teste Qui-Quadrado)

Escala de Barthel



- Totalmente independente
- Dependência Moderada
- Dependência Grave

*Associação entre o N^o de ITU e a Escala de Barthel
(Todas as variáveis individualmente)*

Alimentação

Transferências

Toaleta

Utilização do wc

Banho

Subir e Descer Escadas

Vestir-se

Mobilidade

Continência Urinária

Continência Intestinal

Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas, o que sugere que as variáveis são independentes.

SÍNTESE

- Predominância de ITU no sexo feminino, contudo 72% dos utentes em ECCL são do sexo feminino.
- Os utentes em ECCL apresentam um nível de **Dependência Grave (58%)**, com diversas doenças associadas, sendo predominante as doenças do foro cardiovascular e osteomuscular.
- A idade média dos utentes com ITU é ligeiramente superior (+2 anos), assim como a idade média dos cuidadores informais (+6 anos), à média do grupo total de utentes ECCL.
- A maioria do prestador de cuidados de higiene são os Serviços de apoio domiciliário, pelo que se sugere alguma intervenção neste âmbito.


SÍNTESE

- Dos doentes com ITU com internamento hospitalar (18), 13 tem **internamento com ITU** associada.
- 55% dos doentes com ITU tem registo de presença de cateter vesical.
- Nenhum utente com ITU tem um Índice de Graffar Baixo ou Alto.
- Os utentes do grupo 2-4 vezes, tem uma média de **dias internamento em ECCI** superior ao grupo 1 ITU (**p=0,045**)
- Limitações: Amostra reduzida. Seria relevante considerar a possibilidade de estabelecer um grupo adicional para a análise de variáveis cruzadas no futuro (Grupo 0 ITU - englobando os utentes que não apresentam registo de ITU, N=14).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3

PRÓXIMOS PASSOS DO PROJETO

 **POLITÉCNICO DE SANTARÉM**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

3ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária

Mestranda: Beatriz Lopes, nº 220000114
Professora Orientadora: Prof.ª Lígia Monterroso
Enfermeira Cooperante: Enf.ª Mestre e Especialista [Redacted]

Uniformizar procedimentos inerentes à Prevenção e Controlo de ITU's:

- Procedimento de registos;
- Folhetos Informativos;
- Instrumentos de monitorização mensal

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

1. Quem é o principal público-alvo da Norma Clínica 019/2015?

- A. Médicos
- B. Enfermeiros
- C. Profissionais de saúde em geral.

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

2. Qual a abrangência da Norma Clínica 019/2015 da DGS, em termos de contextos de intervenção e tipos de cuidados de saúde?

- A.** Aplica-se exclusivamente a cuidados hospitalares e hospitalização domiciliária na idade pediátrica.
- B.** Limita-se a unidades de internamento de cuidados continuados e ambulatórios para adultos.
- C.** Abrange tanto a idade pediátrica quanto o adulto, sendo aplicável em diversos contextos, incluindo intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

3. Quais os indicadores a avaliar no âmbito da implementação da presente Norma?

- A. Taxa de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical:
- B. Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a colocação e manutenção de cateter vesical:
- C. Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação e manutenção do cateter vesical:
- D. Todos os Anteriores
- E. Nenhum dos Anteriores

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

4. Qual a afirmação incorreta sobre “Feixe de Intervenções”?

- A. É um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado.
- B. É baseado na evidência científica, de uma forma consistente.
- C. Apresenta unidade de tempo e de espaço;
- D. A implementação de cada intervenção é opcional, dependendo das preferências da equipa de saúde.

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

5. Qual a frequência com que devo avaliar a possibilidade de remoção do cateter?

- A. Diariamente
- B. Semanalmente
- C. Mensalmente

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO 3

6. No contexto da Auditoria à Norma "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, qual destas opções reflete corretamente todos os momentos específicos de implementação do feixe de intervenções?

- A. Momento Prévio à Colocação do Cateter Vesical
- B. Momento de Colocação do Cateter Vesical
- C. Momento de Manutenção do Cateter Vesical
- D. A e C estão corretas
- E. B e C estão corretas
- F. A, B e C estão corretas

FIM

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO ...



NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022

**“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária
Associada a Cateter Vesical**

Projeto de intervenção comunitária

Mestranda: Beatriz Lopes, nº 220000114

Professora Orientadora: Prof.^a Lígia Monterroso

Enfermeira Cooperante: Enf.^a Mestre e Especialista 

OBJETIVOS

- Apresentar a **NORMA CLÍNICA: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical;**
- Suportar e alicerçar a equipa da UCC na implementação e monitorização de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical;
- Apresentar Instrumentos e estratégias desenvolvidos no âmbito do projeto, que contribuem para a prevenção das ITU;

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

**NORMA CLÍNICA:
“Feixe de Intervenções”
para a Prevenção da
Infecção Urinária
Associada a Cateter
Vesical**

- **“Bundles”**: conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente;
- Baseado na evidência científica, de uma forma consistente;
- Apresenta unidade de tempo e de espaço;
- Não é apenas uma lista. Todas as intervenções são necessárias e se alguma não for aplicada, o resultado não será o mesmo.

ESTRUTURA DA NORMA

1. ENQUADRAMENTO E RACIONAL
2. FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA
3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

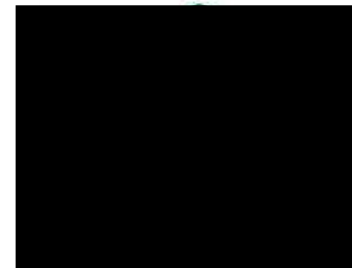
ANEXOS

1. Anexo I – Tabela de evidência
2. Anexo II– Ações para implementação e melhoria
3. Anexo III – Instrumento de auditoria clínica interna

NORMA CLÍNICA – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

1. A presente Norma deve aplicar-se à **idade pediátrica** e ao **adulto**, em contexto de intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, **cuidados domiciliários**, ambulatório, **cuidados de saúde primários**, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.

(...)



“Recomenda-se a implementação da presente Norma, também, nas **estruturas residenciais para idosos (ERPI).**”

ENQUADRAMENTO E RACIONAL – OBJETIVO DA NORMA



Uniformizar a implementação de “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, de acordo com a evidência disponível.

“A **infecção urinária associada a cateter vesical** é uma das mais frequentes infecções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical (...).”

“É atualmente reconhecido que as infecções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida **evitáveis** quando são usadas estratégias que incluam a **redução do número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção**, baseadas na melhor evidência científica (...).”

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- “Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC): Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections, 2009”, com atualização em junho de 2019 e ECDC, PPS 2016-2017;
- Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026** .



Em Portugal, **Desafio Stop Infeção Hospitalar (2015-2018)**

- 19 hospitais
- Aplicação do feixe;
- Incidência de infeção urinária diminuiu em 51%, a adesão ao Feixe de Intervenções da inserção do cateter vesical aumentou de 82,7% para 96% e a adesão ao Feixe de Intervenções da manutenção do cateter vesical, aumentou de 81,7% para 88,4%.

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Indicações clínicas para a colocação de cateter vesical:

- a) Doentes com retenção urinária aguda ou obstrução;
- b) Necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos;
- c) Uso em procedimentos pré-operatórios específicos (Cirurgias urológicas ou do trato geniturinário, Cirurgias com previsão de longa duração, necessidade de receber grandes volumes de infusões ou diuréticos e necessidade de monitorização do débito urinário);
- d) Doentes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal;
- e) Doentes que requerem uma imobilização prolongada;
- f) Para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida.



ANEXOS

ANEXO II- AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO E MELHORIA

Anexo II- Ações para implementação e melhoria

Quadro 1 - Ações para implementação e melhoria

Ações para implementação e melhoria	
Elementos do Feixe de Intervenções	Ações para implementação
<p>1. Evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) (1-17) e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical (Categoria II) (1,2,10-14)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada (Categoria IB) (1-17). 2. Considerar alternativas à inserção do cateter vesical e documentar a alternativa (cateterização intermitente, cateter urinário externo no homem, cateterização única para colheita de urina assética, entre outros) (Categoria II) (1,11,17,37,38). 3. Utilizar ecógrafo automático portátil por enfermeiros e enfermeiros especialistas para medir o volume da urina na bexiga, em doentes internados com sintomas de dificuldade ou disfunção miccional, substituindo o cateterismo vesical como método de avaliação de retenção urinária (Categoria II) (1,3,11-13,17,23,24,31,37,40-44). 4. Não realizar por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica; quando necessária removendo preferencialmente até às 24h (Categoria IB) (3,13,17,38). Iniciar primeira reavaliação do grau de consciência do doente, no momento de transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos/unidade funcional. 5. Documentar o motivo clínico da inserção, se possível em áreas passíveis de produzir indicadores (Categoria II) (3,13,17,38).

<p>2. Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) (1,2,4,10,11,14-18,19,20)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegurar que a inserção de cateter vesical com técnica asséptica é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino (Categoria IB) (1,3,11,13,17,23,24,30,31,37,42,44-46) 2. Garantir que haja uma seleção adequada de cateteres vesicais selecionando o cateter apropriado (menor calibre possível, comprimento adequado, tipo de cateter) (Categoria II) (1,3,10-13,17,18,21,24,37,47,48) 3. Utilizar técnica asséptica e material esterilizado para a inserção de cateter vesical. Aplicar solução estéril para higiene do meato urinário e lubrificante estéril de uso individualizado (Categoria IB) (1,3,9,11,13,17-19,19,23-24,31,37,38,43,47,47-50). A utilização de Kits de cateterismo vesical pré-preparados promove a uniformização de procedimentos (Questão não resolvida) (21,24,42) 4. Realizar higiene das mãos antes e após a inserção do cateter vesical. (Categoria IB) (1,3,9,11,13,17-19,19,23-24,31,37,38,43,47-50) 5. Conectar o cateter vesical ao saco de drenagem imediatamente após a inserção, de forma a assegurar sistema de drenagem fechado (Categoria IA) (1,3,11,13,14,17,22-24,31,38,43,48,49). O cateter vesical pode ser conectado ao saco de drenagem antes da inserção (Categoria II) (1,17,21,38) 6. Documentar calibre, tipo de cateter vesical e data de inserção (Categoria II) (1,3,11,13,17,23,24,31,40,48)
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Considerar em ambiente extra-hospital de agudos, com registo no processo clínico, a técnica limpa (ou seja, não estéril) para cateterização intermitente, sendo uma alternativa aceitável e mais prática à técnica estéril para doentes que requerem cateterismo intermitente crónico (Categoria IA) (1,3,11,13,14,17,23,24,31,37,42,44,48,50)

<p>3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado (Categoria IB) (1,3,4,10-17,21,22)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar higiene das mãos antes e após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem (Categoria IB) (1,3,11,13,17,21,24,31,38) 2. Adotar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como o uso de luvas e avental, durante o manuseamento do cateter e sistema de drenagem (Categoria IB) (1,3,17) 3. Drenar a urina do saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB) (1,3,11,13,14,17,21-24,31,38,48,49) 4. Efetuar colheita de urina para exame microbiológico pelo local próprio do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado (Categoria IB) (1,11,13,23,24,38,42,49)
<p>4. Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) (1-4,10-14,16,17,23,24), com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (es) sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IB) (8,12,25,51)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efetuar a higiene do meato urinário com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário (Categoria IB) (1,3,11,13,17,24,42) 2. Realizar higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário (Categoria IB) (1,3,11,13,17,23,24,31,38) 3. Efetuar educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical (Categoria IB) (8,12,25,51) <ol style="list-style-type: none"> a) Divulgar folhetos ou outros materiais informativos; b) realizar reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais de saúde; realizar sessões de treino com o doente e cuidadores no local de prestação de cuidados; c) treinar o doente e cuidadores para a técnica limpa de cateterização intermitente nos cuidados domiciliários; se necessidade de cateterização intermitente, documentar no processo clínico as ações de educação.
<p>5. Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) (1,3,4,10,11,13-17)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fixar o cateter vesical de modo seguro e que não permite tração ou deslocação (Categoria IB) (1,15,17). No homem, fixar o cateter no abdómen e na mulher na coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem (Categoria II) (17) 2. Manter o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído (Categoria IB) (1,11,13,23,24) 3. Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga. Não colocar o saco coletor no chão (Categoria IB) (3,11,13,17,21,24,38) 4. Esvaziar o saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB) (1,3,11,13,17,21,24,31,42) 5. Considerar as necessidades individuais do doente em ambulatório, preferências pessoais e mobilidade, na seleção da tipologia de saco coletor e na suspensão/posição do mesmo (Categoria II) (1,42)

6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registrar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (Categoria IB) (7,8,4,10,11,13-17,26,27)

1. Utilizar lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, com caráter obrigatório, a razão para a permanência do cateter vesical (Categoria IB) (10,27,51,52)
2. Desenvolvimento de protocolos de remoção do cateter vesical liderados pela equipa de enfermagem (Categoria IB) (10,26,49)
3. Implementar a suspensão automática da prescrição, às 48-72 horas após a inserção, com continuação do uso do cateter somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição (Categoria IB) (3,17,18,26,37,42,50)



ANEXOS

ANEXO III – INSTRUMENTO DE AUDITORIA CLÍNICA INTERNA

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical"				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: __/__/__ Equipa auditora:				
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				
4. Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde dirigido ao doente e cuidador(es) sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical				
5. Existe evidência de que é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade				
6. Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para manter o cateter vesical				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			



Colocação do CV(2)



Manutenção do CV (4)



Instrumento de Apoio à Documentação dos Cuidados
Prestados:

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA*

O que **REGISTAR** aquando da colocação de cateter vesical ?



Avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical;



A indicação apropriada da utilização de cateter vesical;



Cumprimento da técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem.







Indicações:

- Retenção urinária
- Monitorização débito urinário em doente crítico
- Procedimento cirúrgico específico
- Doente incontinente com lesões/úlceras na região sagrada ou perineal
- Imobilização prolongada
- Promoção de conforto em cuidados em fim de vida

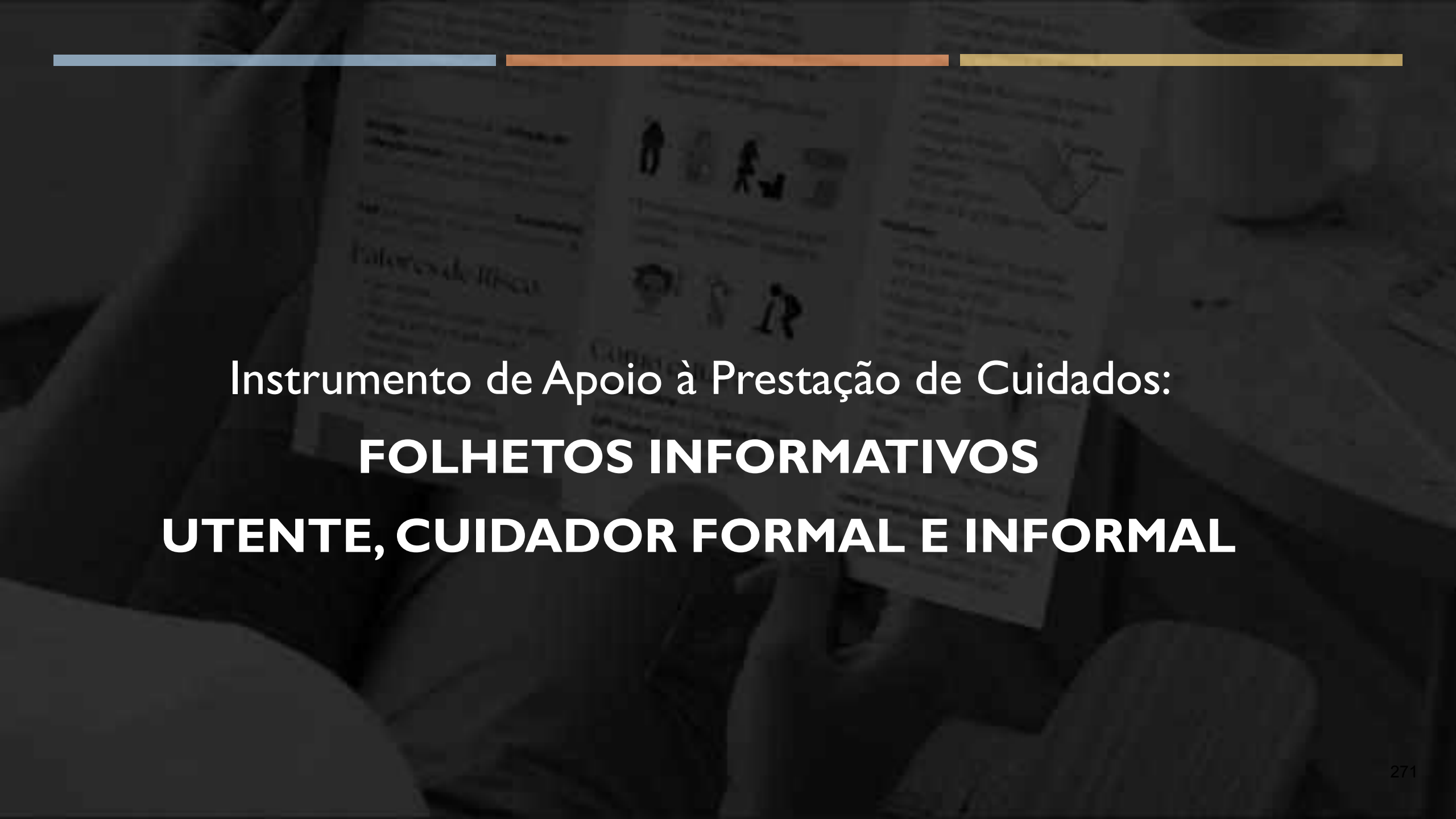
“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA*

O que **REGISTAR** aquando da manutenção de cateter vesical ?

-  Cumprimento da técnica limpa (higiene das mãos e uso de luvas e avental);
-  Manutenção da conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado;
-  Realização da Higiene diária do meato urinário (quem?);
-  Realização de Ações de educação para a saúde sobre cuidados de prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical (a quem?);
-  O Cateter vesical foi mantido seguro, com saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que atingido 2/3 da capacidade;
-  Avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical e razões para o manter.

*Guia de consulta rápida, não substitui a leitura completa da Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS



Instrumento de Apoio à Prestação de Cuidados:

FOLHETOS INFORMATIVOS

UTENTE, CUIDADOR FORMAL E INFORMAL

FOLHETOS INFORMATIVOS – PREVENIR A INFEÇÃO URINÁRIA

Como evitar?



- Evite **papel higiênico perfumado, sprays ou produtos químicos íntimos**;
- Tenha uma **hidratação adequada** (1,5L/dia no mínimo de água);
- Utilize **roupas íntimas adequadas** de preferência de algodão. Evite roupas apertadas e de material sintético;
- Evite segurar a urina por longos períodos de tempo;
- Tenha **práticas sexuais seguras**. Urine antes e após as relações sexuais;
- **Controle doenças** como a diabetes;
- Em caso de prescrição de **antibióticos**, siga as indicações do seu médico.

Reconhecemos que cada pessoa é única, podendo estas orientações variar de pessoa para pessoa.



Se necessitar de ajuda, o que pode fazer?

Contacte os seus profissionais de saúde para orientações personalizadas.

Estamos cá por si e por aquele(s) de quem cuida!

Folheto elaborado por: Mestranda Beatriz Lopes, e Enl.ª Corina Freire, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Elaborado em: Dezembro de 2023



Prevenir a Infecção Urinária

Projeto de enfermagem comunitária:



"Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados"

O que é uma Infecção Urinária?

É uma patologia do aparelho urinário e que ocorre quando microrganismos infecciosos, geralmente da pele ou do intestino, entram na uretra (canal condutor da urina) e infetam o trato urinário (rins, ureteres, bexiga ou uretra).

O tipo mais comum é a **infecção da bexiga**, denominada de cistite. A **infecção renal** ou pielonefrite é outro tipo, menos frequente mas mais grave.

Em contexto comunitário, a **Escherichia Coli** é o agente mais comum (cerca de 80% dos casos).

Fatores de Risco

- Ser mulher;
- Ser criança ou adulto mais velho;
- Prática de atividade sexual;
- Menopausa;
- Gravidez;
- Doenças urológicas;
- Maus hábitos de higiene;
- Ter cateter urinário/algália.

Sinais e Sintomas

- Dor/ardor ao urinar;
- Dificuldade em urinar;
- Vontade de urinar mais frequente, em menor quantidade;
- Urina com cheiro intenso e coloração escura;
- Presença de sangue na urina;



- Em casos mais avançados: febre, calafrios, dor lombar, náuseas e vômitos

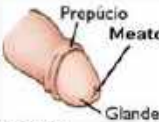


Como evitar?

- **Higiene diária** dos órgãos genitais e meato urinário com **água e sabão (ph neutro)** ou outro produto que lhe tenha indicado pelo seu médico.

Homens:

- Retraia o prepúcio e com movimentos circulares lave a glande, do meato em direção ao prepúcio.
- De seguida lave o corpo do pênis, a zona púbica, o escroto e as virilhas.
- Enxague e seque seguindo a mesma sequência.
- Por fim, retorne o prepúcio à posição inicial



Mulheres:

- Comece por afastar os grandes lábios e lave no sentido do clitóris em direção ao ânus.
- Depois lave os pequenos lábios no mesmo sentido.
- Por último, com um movimento único, lave o introito vaginal no mesmo sentido.
- Enxague e seque seguindo a mesma sequência.



Proceda do mesmo modo se possui um **cateter vesical/algália**. No final lave uma pequena porção da algália junto ao meato, com movimentos circulares da zona proximal do meato para o distal.

FOLHETOS INFORMATIVOS – CUIDADOS A TER COM O CATETER

Quando deve substituir o saco?

- Saco sem torneira atingiu **2/3 da sua capacidade**;
- **Danificado** ou **com fugas**;
- Houver acumulação de **sedimento (farrapos) e/ou coágulos de sangue**;
- Cheiro desagradável;
- Houver **saída acidental do saco**.



Quando deve trocar o cateter urinário?

Data de colocação: _____

Data de troca: _____

Contate a sua equipa de saúde se...

- Urina com cheiro intenso;
- Urina com cor mais escura, farrapos, espessa ou turva;
- Urina com sangue;
- Dor associada ao cateter;
- Febre;
- Não urinar ou volume diminuído apesar da ingestão de líquidos;
- Perda de urina em grande quantidade por fora do cateter;
- O cateter se remover acidentalmente.

Se necessitar de ajuda contacte os seus profissionais de saúde!

Estamos cá por si e por aquele(s) de quem cuida!
Entendemos que cuidar de uma pessoa com cateter urinário pode ser desafiador, mas você não precisa de passar por isso sozinho(a).

Folheto elaborado por:
Mestranda Beatriz Lopes, e Ent.ª Carina Freire, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
Elaborado em:
Dezembro de 2023



Prevenir a Infecção Urinária em casa

Cuidados a ter com o Cateter Urinário

Projeto de enfermagem comunitária:



"Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados"

O que é um cateter urinário?

Um **cateter vesical ou algália** é um tubo fino e flexível inserido na bexiga para drenar a urina. É comumente utilizado após cirurgias, em casos de feridas ou úlceras por pressão, lesões na medula espinhal ou quando há obstrução no trato urinário. É habitualmente uma **solução temporária**. Pode contudo ser necessário estar **cronicamente algaliado**. A sua colocação é feita através de técnicas específicas por um médico ou enfermeiro. Contudo, também é uma decisão sua.

O cateter possui um **balão** que fica na bexiga, que impede a sua remoção acidental.



Balão

O cateter vesical é uma porta de entrada para os microorganismos e aumenta o **risco de infecção urinária**.

Cuidados a ter

O cateter poderá estar em **drenagem livre** para saco coletor ou **clampado**.

- **Lave sempre as mãos e utilize luvas e avental** antes e depois de manusear o cateter e/ou saco;
- Mantenha uma **boa higiene** do local de inserção do cateter e de toda a região genital, urinária (meato e glande) e do próprio cateter;

(para mais informações consulte o folheto "Prevenir a Infecção Urinária");

Se o cateter estiver em **drenagem livre** para um saco coletor:



- Mantenha o saco coletor pendurado **abaixo do nível da bexiga**;
- Não coloque o saco em cima da cama, nem no chão (caso não tenha suporte próprio, pode utilizar um saco de plástico com asas e atar à cama).

Cuidados a ter

- Fixe o cateter de modo seguro, com **adesivo**, deixando uma folga para não haver risco de tração ou deslocação;

Homem: abdómen;
Mulher: na coxa;



- Verifique sempre se o saco e o cateter estão bem conectados, **sem dobrados nem sob tensão**, evitando "puxões".
- Esvazie o saco quando o conteúdo atingir **2/3 da sua capacidade, para recipiente individualizado** (ex. urina), **sem tocar com a torneira no recipiente**;
- Dê preferência a sacos com torneira.
- Na troca de **saco sem torneira**, desinfete a junção algália-saco com **álcool a 70º**, deixar secar e dobrar a algália para não haver entrada de microorganismos.





MIND FULLNESS - ATENÇÃO PLENA

- “prestar atenção de uma certa maneira: de propósito, no momento presente e sem julgamentos”
(Kabat-Zinn, 1990)

MIND FULLNESS – ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE ITUACV

- Fazer uma "pausa" de 5 segundos antes de...
 - Inserir um cateter vesical
 - Esvaziar/trocar o saco de drenagem
- Questionar
 - É absolutamente necessário usar um cateter vesical nesta pessoa? Posso usar uma alternativa?
 - Estou a utilizar a técnica correta? Preciso pedir ajuda?
 - O cateter pode ser removido hoje?

(Kiyoshi-Teo et al., 2013)

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

1. Quem é o principal público-alvo da Norma Clínica 019/2015?

- A. Médicos
- B. Enfermeiros
- C. Profissionais de saúde em geral.

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

2. Quais o contextos de intervenção e tipos de cuidados de saúde abrangidos pela Norma Clínica 019/2015 da DGS?

- A.** Exclusivamente cuidados hospitalares e hospitalização domiciliária na idade pediátrica e adulta;
- B.** Unidades de internamento de cuidados continuados e ambulatórios para adultos.
- C.** Abrange a idade pediátrica e adulta, em diversos contextos, incluindo intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

3. Quais os indicadores a avaliar no âmbito da implementação da presente Norma?

- A. Taxa de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical:
- B. Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a colocação e manutenção de cateter vesical:
- C. Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação e manutenção do cateter vesical:
- D. Todos os Anteriores
- E. Nenhum dos Anteriores

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

4. Qual a afirmação incorreta sobre “Feixe de Intervenções”?

- A. É um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado.
- B. É baseado na evidência científica, de uma forma consistente.
- C. Apresenta unidade de tempo e de espaço;
- D. A implementação de cada intervenção é opcional, dependendo das preferências da equipa de saúde.

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

5. Qual a frequência com que devo avaliar a possibilidade de remoção do cateter?

- A. Diariamente
- B. Semanalmente
- C. Mensalmente

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO 3

6. Quais os momentos de implementação do feixe de intervenções alvo de Auditoria no âmbito da Norma "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical ?

- A. Momento Prévio à Colocação do Cateter Vesical
- B. Momento de Colocação do Cateter Vesical
- C. Momento de Manutenção do Cateter Vesical
- D. A e C estão corretas
- E. B e C estão corretas
- F. A, B e C estão corretas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

- OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

- Questionário de AVALIAÇÃO DA SESSÃO ...



FIM ...

APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO (PARTICIPANTES)

Questionário de Avaliação da Sessão – Participantes

Projeto: Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI

Sessão: _____

Data: ____ / ____ / ____

Porque a sua opinião é de grande importância, agradecemos que preencha este breve questionário.

Ao longo do questionário, utilize a seguinte escala de resposta:

1- Discordo plenamente

3- Concordo com reserva

5- Concordo plenamente

2- Discordo moderadamente

4- Concordo moderadamente

O FORMADOR

Apresentou a informação de forma clara

1 2 3 4 5

Respondeu satisfatoriamente às questões que lhe foram colocadas

1 2 3 4 5

Criou boas oportunidades para a participação ao longo da formação

1 2 3 4 5

Demonstrou um sólido conhecimento das matérias lecionadas

1 2 3 4 5

Revelou verdadeiro interesse e entusiasmo

1 2 3 4 5

Atingiu os objetivos da formação

1 2 3 4 5

OS MATERIAIS PEDAGÓGICOS FORNECIDOS

Terão utilidade como futura referência

1 2 3 4 5

Permitiram acompanhar eficazmente as sessões de formação

1 2 3 4 5

Têm um aspecto atrativo e profissional

1 2 3 4 5

O CONTEÚDO DA FORMAÇÃO

O nível de detalhe foi o mais correto

1 2 3 4 5

Permitirá aumentar a minha produtividade no trabalho

1 2 3 4 5

O aprofundamento da matéria foi adequado à minha experiência

1 2 3 4 5

Contém exemplos apropriados

1 2 3 4 5

Tem aplicação direta no meu trabalho

1 2 3 4 5

Foi de encontro às minhas expectativas

1 2 3 4 5

O RITMO DA FORMAÇÃO

Lento Correto

Rápido

APRECIÇÃO GERAL

Adquiri conhecimentos práticos que utilizarei no meu trabalho

1 2 3 4 5

O tempo que dediquei à formação foi bem investido

1 2 3 4 5

Gostei de frequentar esta acção de formação

1 2 3 4 5

Recomendarei esta formação a outros

1 2 3 4 5

GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL

Muito Mau

Fraco

Satisfatório

Bom

Muito Bom

Caso considere pertinente, comente outros aspectos desta formação (sugestões, observações ou recomendações).

APÊNDICE XV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO (FORMADOR)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - FORMADOR

Designação da Ação: _____

Ao longo do questionário, utilize a seguinte escala de resposta:

1- Discordo plenamente

3- Concordo com reserva

5- Concordo plenamente

2- Discordo moderadamente

4- Concordo moderadamente

O grupo envolveu-se e demonstrou interesse pelos conteúdos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo foi dinâmico e participou nas atividades

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo manifestou capacidade de aprendizagem

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo manifestou capacidade crítica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo foi sociável e revelou capacidade de integração

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo correspondeu ao ritmo de aprendizagem imposto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo foi assíduo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O grupo foi pontual

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GLOBAL:

Muito Mau

Fraco

Satisfatório

Bom

Muito Bom

Caso considere pertinente, comente outros aspetos desta formação (sugestões, observações ou recomendações).

Data: ____ / ____ /20__ Rúbrica: _____

APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS
(SESSÃO N.º3)

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

1. Quem é o principal público-alvo da Norma Clínica 019/2015?

- A. Médicos
- B. Enfermeiros
- C. Profissionais de saúde em geral.

2. Quais os contextos de intervenção e tipos de cuidados de saúde abrangidos pela Norma Clínica 019/2015 da DGS?

- A. Exclusivamente cuidados hospitalares e hospitalização domiciliária na idade pediátrica e adulta;
- B. Unidades de internamento de cuidados continuados e ambulatórios para adultos.
- C. Abrange a idade pediátrica e adulta, em diversos contextos, incluindo intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.

3. Quais os indicadores a avaliar no âmbito da implementação da presente Norma?

- A. Taxa de infeção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical:
- B. Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação e manutenção de cateter vesical:
- C. Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação e manutenção do cateter vesical:
- D. Todos os Anteriores
- E. Nenhum dos Anteriores

4. Qual a afirmação incorreta sobre "Feixe de Intervenções"?

- A. É um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado.
- B. É baseado na evidência científica, de uma forma consistente.
- C. Apresenta unidade de tempo e de espaço;
- D. A implementação de cada intervenção é opcional, dependendo das preferências da equipa de saúde.

5. Qual a frequência com que devo avaliar a possibilidade de remoção do cateter?

- A. Diariamente
- B. Semanalmente
- C. Mensalmente

6. Quais os momentos de implementação do feixe de intervenções alvo de Auditoria no âmbito da Norma "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical ?

- A. Momento Prévio à Colocação do Cateter Vesical
- B. Momento de Colocação do Cateter Vesical
- C. Momento de Manutenção do Cateter Vesical
- D. A e C estão corretas
- E. B e C estão corretas
- F. A, B e C estão corretas

APÊNDICE XVII - RECURSOS DIDÁTICOS ELABORADOS

1) FOLHETO PREVENIR A INFEÇÃO URINÁRIA

Como evitar?



- Evite **papel higiênico perfumado, sprays ou produtos químicos íntimos**;
- Tenha uma **hidratação adequada** (1,5L/dia no mínimo de água);
- Utilize **roupas íntimas adequadas** de preferência de algodão. Evite roupas apertadas e de material sintético;
- Evite segurar a urina por longos períodos de tempo;
- Tenha **práticas sexuais seguras**. Urine antes e após as relações sexuais;
- **Controle doenças** como a diabetes;
- Em caso de prescrição de **antibióticos**, siga as indicações do seu médico.

Reconhecemos que cada pessoa é única, podendo estas orientações variar de pessoa para pessoa.



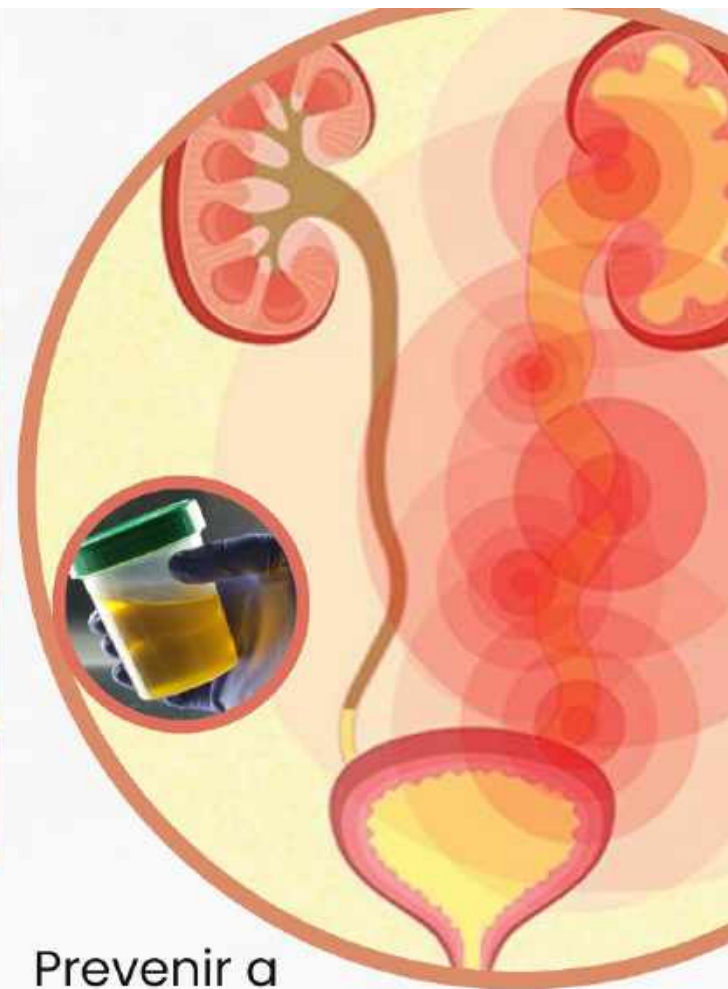
Se necessitar de ajuda, o que pode fazer?

Contacte os seus profissionais de saúde para orientações personalizadas.

Estamos cá por si e por aquele(s) de quem cuida!

Folheto elaborado por:
*Mestranda Beatriz Lopes, e
Enf.ª Corina Freire, no âmbito
do Mestrado em Enfermagem
de Saúde Comunitária*

Elaborado em:
Dezembro de 2023



Prevenir a Infeção Urinária

Projeto de enfermagem comunitária:



“Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados”

O que é uma Infecção Urinária?

É uma patologia do aparelho urinário e que ocorre quando microrganismos infecciosos, geralmente da pele ou do intestino, entram na uretra (canal condutor da urina) e infetam o trato urinário (rins, ureteres, bexiga ou uretra).

O tipo mais comum é a **infecção da bexiga**, denominada de cistite. A **infecção renal** ou pielonefrite é outro tipo, menos frequente mas mais grave.

Em contexto comunitário, a **Escherichia Coli** é o agente mais comum (cerca de 80% dos casos).

Fatores de Risco

- Ser mulher;
- Ser criança ou adulto mais velho;
- Prática de atividade sexual;
- Menopausa;
- Gravidez;
- Doenças urológicas;
- Maus hábitos de higiene;
- Ter cateter urinário/algália.

Sinais e Sintomas

- Dor/ardor ao urinar;
- Dificuldade em urinar;
- Vontade de urinar mais frequente, em menor quantidade;
- Urina com cheiro intenso e coloração escura;
- Presença de sangue na urina;



- Em casos mais avançados: febre, calafrios, dor lombar, náuseas e vômitos

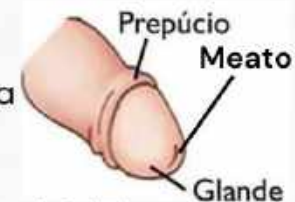


Como evitar?

- **Higiene diária** dos órgãos genitais e meato urinário com **água e sabão (ph neutro)** ou outro produto que lhe tenha indicado pelo seu médico.

Homens:

- Retraia o prepúcio e com movimentos circulares lave a glândula, do meato em direção ao prepúcio.
- De seguida lave o corpo do pênis, a zona púbica, o escroto e as virilhas.
- Enxague e seque seguindo a mesma sequência.
- Por fim, retorne o prepúcio à posição inicial



Mulheres:

- Comece por afastar os grandes lábios e lave no sentido do clitóris em direção ao ânus.
- Depois lave os pequenos lábios no mesmo sentido.
- Por último, com um movimento único, lave o introito vaginal no mesmo sentido.
- Enxague e seque seguindo a mesma sequência.



Proceda do mesmo modo se possui um **cateter urinário/algália**. No final lave uma pequena porção da algália junto ao meato, com movimentos circulares da zona proximal do meato para a distal.

2) FOLHETO CUIDADOS A TER COM O CATETER

Quando deve substituir o saco?

- Saco sem torneira atingiu **2/3 da sua capacidade**;
- **Danificado** ou **com fugas**;
- Houver acumulação de **sedimento (farrapos) e/ou coágulos de sangue**;
- Cheiro desagradável;
- Houver **saída acidental do saco**.



Quando deve trocar o cateter urinário?

Data de colocação: ____/____/____

Data de troca: ____/____/____

Contate a sua equipa de saúde se...



- Urina com cheiro intenso;
- Urina com cor mais escura, farrapos, espessa ou turva;
- Urina com sangue;
- Dor associada ao cateter;
- Febre ;
- Não urinar ou volume diminuído apesar da ingestão de líquidos;
- Perda de urina em grande quantidade por fora do cateter;
- O cateter se remover acidentalmente.

Se necessitar de ajuda contacte os seus profissionais de saúde!

Estamos cá por si e por aquele(s) de quem cuida!

Entendemos que cuidar de uma pessoa com cateter urinário pode ser desafiador, mas você não precisa de passar por isso sozinho(a).

Folheto elaborado por:

Mestranda Beatriz Lopes, e Enf.^a Corina Freire, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Elaborado em:

Dezembro de 2023



Prevenir a Infecção Urinária em casa

Cuidados a ter com o Cateter Urinário

Projeto de enfermagem comunitária:



“Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados”

O que é um cateter urinário?

Um **cateter urinário/vesical ou algália** é um tubo fino e flexível inserido na bexiga para drenar a urina. É comumente utilizado após cirurgias, em casos de feridas ou úlceras por pressão, lesões na medula espinhal ou quando há obstrução no trato urinário. É habitualmente uma **solução temporária**. Pode contudo ser necessário estar **cronicamente algaliado**. A sua colocação é feita com técnica específica por um **médico ou enfermeiro**. Contudo, também é uma **decisão sua**.

O cateter possui um **balão** que fica na bexiga, que impede a sua remoção acidental.



Balão

O cateter vesical é uma porta de entrada para os microrganismos e aumenta o **risco de infeção urinária**.

Cuidados a ter



O cateter poderá estar em **drenagem livre** para saco coletor ou **clampado**.

- **Lave sempre as mãos e utilize luvas e avental** antes e depois de manusear o cateter e/ou saco;
- Mantenha uma **boa higiene** do local de inserção do cateter e de toda a região genital, urinária (meato e glândula) e do próprio cateter;

(para mais informações consulte o folheto "Prevenir a Infeção Urinária");

Se o cateter estiver em **drenagem livre** para um saco coletor:



- Mantenha o saco coletor pendurado **abaixo do nível da bexiga**;
- Não coloque o saco em cima da cama, nem no chão (caso não tenha suporte próprio, pode utilizar um saco de plástico com asas e atar à cama).

Cuidados a ter



- Fixe o cateter de modo seguro, com **adesivo**, deixando uma folga para não haver risco de tração ou deslocação;



Homem: abdómen;
Mulher: na coxa;

- Verifique sempre se o saco e o cateter estão bem conectados, sem **dobrados nem sob tensão**, evitando "puxões".
- Esvazie o saco quando o conteúdo atingir **2/3 da sua capacidade, para recipiente individualizado** (ex. urinol), **sem tocar com a torneira no recipiente**;
- Dê preferência a sacos com torneira.
- Na troca de **saco sem torneira**, desinfete a junção algália-saco com **álcool a 70°**, deixar secar e dobrar a algália para não haver entrada de microrganismos.



3) PROCEDIMENTO DE REGISTOS - ENFERMEIROS

Procedimento

Procedimento	Intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical
Elaborado por	
Versão	
Código / Standard	
Data de aprovação	
Data da revisão	
Responsável	
Nº de páginas	

1. Destinatários

Enfermeiros

2. Objetivo

Uniformizar intervenções na prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, de acordo com a Norma da DGS Nº 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022).

3. Fundamentação

As **infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)**, correspondem às infeções adquiridas pelas pessoas como resultado dos cuidados de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional (Ministério da Saúde, 2007). As IACS são um grande problema a nível mundial que originam o prolongamento dos internamentos, agravamento de prognósticos, aumento da morbilidade, mortalidade e custos associados aos cuidados de saúde (Marianos, 2021). Na lista de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) Patient Safety constam as IACS por serem um dos efeitos adversos da

prestação de cuidados de saúde potencialmente evitáveis (WHO, 2009). Existem estudos que revelam que pelo menos 20% poderiam ser evitadas (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Das IACS, a infeção do trato urinário (ITU) destaca-se como das mais comuns, e quando associada ao cateter vesical (CV), a taxa de infeção torna-se ainda mais elevada (CDC & HICPAC 2009; ECDC, 2013; DGS, 2013). É atualmente reconhecido que as infeções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica (DGS, 2022).

Algumas das Organizações Internacionais e Nacionais que emitem diretrizes sobre cateterismo vesical incluem: Centers For Disease Control And Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), European Association Of Urology (EAU), National Institute For Health And Care Excellence (NICE) e a American Urological Association (AUA).

Em Portugal, a Infeção do Trato Urinário (ITU) é a segunda IACS mais frequente (21,1%), precedida apenas das infeções do aparelho respiratório (29,3%) (Ministério da Saúde, 2013). A DGS criou a norma 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, que tem como objetivo uniformizar os cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a “Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical” (DGS, 2022). Trata-se de uma norma que dado o seu amplo contexto de intervenção se adequa à prestação dos cuidados de saúde da UCC, mais concretamente ao contexto de intervenção em cuidados domiciliários pela ECCI. Enquanto unidade funcional prestadores de cuidados de saúde, a UCC presta cuidados à pessoa submetida a cateterização vesical, estando presente o risco de infeção do trato urinário. Constatando no seu exercício profissional, que nem sempre são realizadas as melhores práticas de prevenção.

A norma apresenta as intervenções que devem ser implementadas no doente submetido a cateterização vesical para prevenir a infeção associada a cateter vesical, categorizando-as de acordo com os níveis de evidência do CDC /HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação. Na prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterização vesical, devem ser realizadas ações de forma sistemática e uniforme no âmbito de plano de cuidados multidisciplinar a individualizar ao doente (DGS, 2022).

A norma está inserida no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Trata-se de uma norma baseada em “feixes de intervenções”, onde cada elemento está bem definido e apoiado em evidência, pois oss feixes de intervenção revelam-se dinâmicos, podendo evoluir no tempo, refletindo o conhecimento e as caraterísticas dos serviços (DGS, 2022). Segundo os CDC (janeiro, 2020), cerca de 12-16% dos adultos hospitalizados, são algaliados durante o internamento e em cada dia que o cateter vesical permanece, aumenta o risco de adquirir uma infeção urinária associada a este dispositivo, em 3%-7% (DGS, 2022).

Das iniciativas desenvolvidas em Portugal, destaca-se o Desafio Stop Infeção Hospitalar, desenvolvido entre 2015 e 2018, que contou com a participação de 12 Centros Hospitalares, totalizando 19 hospitais. Nesse estudo, foi monitorizada a infeção urinária associada a cateter vesical e durante esse período foi aplicado o Feixe de Intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, tendo a incidência de infeção urinária diminuído em 51% de 8,28/1000 para 4,06/1.000 dias de cateter vesical (DGS, 2022). Por outro lado, a adesão ao Feixe de Intervenções da inserção do cateter vesical, aumentou de 82,7% para 96% e a adesão ao Feixe de Intervenções da manutenção do cateter vesical, aumentou de 81,7% para 88,4% (DGS, 2022).

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

Relativamente à duração da algaliação existem diversas classificações. De acordo com as definições do CDC, a algaliação pode ser:

- Curta Duração (7-10 dias)
- Média duração (< 28 dias)
- Longa Duração (\geq 28 dias)

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

A ITU pode ocorrer aquando do ato de cateterização, imediatamente após a inserção da algália ou posteriormente, devido à flora que coloniza o sistema.

As bactérias podem entrar pela via urinária cateterizada pelas vias:

- Extraluminal – Ocorre através da inoculação direta das bactérias na bexiga, no momento da inserção da algália ou, mais tarde, ascendendo do períneo por ação capilar na mucosa contigua à parede externa da algália.

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

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

O Cateter/Sonda vesical é um tubo fino, oco e flexível que pode ser inserido na bexiga, seja através da uretra (uretral) ou do canal suprapúbico, com o objetivo de drenar a urina (European Association of Urology Nurses, 2012). Difere em material, Tempo de Permanência, Extremidade, Fixação, Número de vias, Calibre.

Material e Tempo de Permanência

- PVC/Nelaton → Utilização Única
- **Látex:** material flexível; desconfortável devido à alta fricção superficial, à vulnerabilidade à rápida incrustação por depósitos minerais provenientes da urina e às implicações das reações alérgicas ao látex no desenvolvimento de uretrite, estenose uretral ou anafilaxia, o uso de cateteres de látex é restrito a cateterização de curto prazo (7 a 10 dias);
- **Silicone:** suave para o tecido e hipoalergénico, possui um lúmen relativamente grande e tem uma tendência reduzida à incrustação. Drenagem permanente até 3 meses;
- Plástico Rígido → Para lavagem vesical e aspiração de coágulos

- Siliconadas → Drenagem permanente até 1 mês

Número de Vias

- 1 via -> Possui apenas um canal para drenagem, não possui balão e está disponível em versões revestidas e não revestidas. É frequentemente denominado "cateter reto". Este tipo de cateter não é destinado a permanecer na bexiga por um longo período de tempo, mas é utilizado para: Cateterização intermitente e coleta de urina representativa da bexiga; Tratamento de estenoses uretrais; Instilação de medicamentos na bexiga (cateter de instilação com Luer-lock); Urodinâmica e outras investigações; e Cateterização suprapúbica sem balão. (EAUN, 2012)
- 2 vias → Drenar a urina e fixar a sonda
- 3 vias → Drenar a urina, fixar a sonda e irrigação contínua da bexiga. utilizado principalmente após cirurgia urológica ou em casos de sangramento decorrente de um tumor na bexiga ou na próstata, nos quais a bexiga pode necessitar de irrigação contínua ou intermitente para remover coágulos sanguíneos ou detritos (EAUN, 2012).

Tipos de Sonda Vesical

- Sondas Simples → De uso único
- Sondas Foley → Drenagem permanente. De 2 ou 3 vias
- Bequile → Lavagem vesical, hematúria
- Sonda Pezzer → Um lúmen de grande diâmetro. Mecanismo de retenção intravesical
- Sonda Malecot

Indicações da NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical:

A Norma revoga a versão da Norma N.º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017 ““Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter

Vesical”. O seu âmbito de aplicação é na idade pediátrica e ao adulto, em contexto de intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos. Recomenda-se também a implementação nas estruturas residenciais para idosos (ERPI) (DGS, 2022).

De acordo com a norma, as **Indicações válidas para a algaliação são:**

- a) Doentes com retenção urinária aguda ou obstrução;
- b) Necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos;
- c) Uso em procedimentos pré-operatórios específicos: i. Cirurgias urológicas ou do trato geniturinário; ii. Cirurgias com previsão de longa duração; iii. Doentes com necessidade de receber grandes volumes de infusões ou diuréticos; iv. Necessidade de monitorização do débito urinário durante a cirurgia.
- d) Doentes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal;
- e) Doentes que requerem uma imobilização prolongada;
- f) Para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida.

As contraindicações para algaliação são prostatite aguda ou suspeita de trauma uretral (EAUN, 2012)

Neste sentido deve ser garantido que a avaliação da necessidade e a inserção do cateter vesical sejam efetuadas por **profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)** com formação e treino reconhecidos, e estejam definidas normas de procedimento a nível local, com enfoque em:

- a) Produtos a utilizar na higiene do meato urinário, antes da colocação do cateter vesical;
- b) Forma de fixação do cateter vesical para evitar riscos de trauma uretral por tração ou movimentos;
- c) Indicações clínicas para uso de cateter vesical de menor calibre possível, consistente com a drenagem, para minimizar trauma do colo da bexiga e da uretra;
- d) Procedimento para obtenção de amostra de urina assética;

f) Protocolo local de nova colocação de cateter vesical no mesmo doente, em caso de retenção urinária após retirada do cateter vesical ou no pós-operatório que inclua a inserção intermitente e a utilização de ecógrafo portátil para avaliação do volume vesical.

De acordo com a norma, no doente submetido a cateterização vesical, para prevenir a infeção associada a cateter vesical têm de ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções:

a) Evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) (1–17) e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical (Categoria II) ;

b) Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) ;

c) Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado (Categoria 1B) ;

d) Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB), com ação de educação para a saúde, dirigida ao doente e cuidador(es), sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IB);

e) Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB);

f) Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (Categoria IB) .

3. Na prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterização vesical, devem ser realizadas ações de forma sistemática e uniforme no âmbito de plano de cuidados multidisciplinar a individualizar ao doente.

4. Devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos, trimestralmente, no âmbito da implementação da norma.

(...)

6. O doente e/ou representante legal devem ser informados e esclarecidos da situação clínica, necessidade do plano terapêutico, dos efeitos adversos/secundários, benefícios e riscos do tratamento.

7. Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.

Ações para implementação e melhoria face à norma de “ Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical”

1. Evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) (1–17) e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical (Categoria II)

1. Realizar cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada (Categoria IB);

2. Considerar alternativas à inserção do cateter vesical e documentar a alternativa (cateterização intermitente, cateter urinário externo no homem, cateterização única para colheita de urina assética, entre outros) (Categoria II) .

3. Utilizar ecógrafo automático portátil por enfermeiros e enfermeiros especialistas para medir o volume da urina na bexiga, em doentes internados com sintomas de dificuldade ou disfunção miccional, substituindo o cateterismo vesical como método de avaliação de retenção urinária (Categoria II) .

4. Não realizar por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica; quando necessária removendo preferencialmente até às 24h (Categoria IB). Iniciar primeira reavaliação do grau de consciência do doente, no momento de transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos/unidade funcional.

5. Documentar o motivo clínico da inserção, se possível em áreas passíveis de produzir indicadores (Categoria II)

2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB).

1. Assegurar que a inserção de cateter vesical com técnica assética é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino (Categoria IB) .

2. Garantir que haja uma seleção adequada de cateteres vesicais selecionando o cateter apropriado (menor calibre possível, comprimento adequado, tipo de cateter) (Categoria II).
 3. Utilizar técnica asséptica e material esterilizado para a inserção de cateter vesical. Aplicar solução estéril para higiene do meato urinário e lubrificante estéril de uso individualizado (Categoria 1B). A utilização de Kits de cateterismo vesical pré-preparados promove a uniformização de procedimentos.
 4. Realizar higiene das mãos antes e após a inserção do cateter vesical. (Categoria IB);
 5. Conectar o cateter vesical ao saco de drenagem imediatamente após a inserção, de forma a assegurar sistema de drenagem fechado (Categoria 1A). O cateter vesical pode ser conectado ao saco de drenagem antes da inserção (Categoria II).
 6. Documentar calibre, tipo de cateter vesical e data de inserção (Categoria II)
 7. Considerar em ambiente extra-hospital de agudos, com registo no processo clínico, a técnica limpa (ou seja, não estéril) para cateterização intermitente, sendo uma alternativa aceitável e mais prática à técnica estéril para doentes que requerem cateterismo intermitente crónico (Categoria IA)
3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado (Categoria IB)
1. Realizar higiene das mãos antes e após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem (Categoria IB)
 2. Adotar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como o uso de luvas e avental, durante o manuseamento do cateter e sistema de drenagem (Categoria IB)
 3. Drenar a urina do saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB)
 4. Efetuar colheita de urina para exame microbiológico pelo local próprio do sistema de drenagem, mantendo o circuito fechado (Categoria IB).

4. Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (es) sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical (Categoria IB)

1. Efetuar a higiene do meato urinário com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário (Categoria IB)

2. Realizar higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário (Categoria IB)

3. Efetuar educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical (Categoria IB)

a) Divulgar folhetos ou outros materiais informativos;

b) realizar reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais de saúde; realizar sessões de treino com o doente e cuidadores no local de prestação de cuidados;

c) treinar o doente e cuidadores para a técnica limpa de cateterização intermitente nos cuidados domiciliares, se necessidade de cateterização intermitente, documentar no processo clínico as ações de educação.

5. Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB)

1. Fixar o cateter vesical de modo seguro e que não permite tração ou deslocação (Categoria IB). No homem, fixar o cateter no abdómen e na mulher na coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem (Categoria II).

2. Manter o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído (Categoria IB).

3. Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga. Não colocar o saco coletor no chão (Categoria IB).

4. Esvaziar o saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB)

5. Considerar as necessidades individuais do doente em ambulatório, preferências pessoais e mobilidade, na seleção da tipologia de saco coletor e na suspensão/posição do mesmo (Categoria II).

6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (Categoria IB).

1. Utilizar lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, com caráter obrigatório, a razão para a permanência do cateter vesical (Categoria IB).

2. Desenvolvimento de protocolos de remoção do cateter vesical liderados pela equipa de enfermagem (Categoria IB)

3. Implementar a suspensão automática da prescrição, às 48-72 horas após a inserção, com continuação do uso do cateter somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição (Categoria IB)

Categorização das Recomendações

As recomendações foram classificadas quanto à evidência, tendo por base o sistema de categorização do CDC (Centers for Diseases Control and Prevention)/HIPAC (Healthcare Infection Practices Advisory Committee):

Tabela 1 - Sistema de categorização das recomendações dos *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)/Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)* adotado pela OMS⁽³⁵⁾.

Categoria IA	Fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos.
Categoria IB	Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica.
Categoria IC	Exigida/Recomendada a sua implementação por regulamentação estatal ou por entidades internacionais, por leis, normas ou regulamentos.
Categoria II	A implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos, ou por fundamentação teórica ou por consenso de peritos.
Questão Não Resolvida	Não está disponível nenhuma recomendação, ou não existe consenso ou evidência suficiente em relação à sua eficácia.

Fonte: Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) / Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)⁽³⁵⁾.

Nota: A equivalência de sistemas de categorização dos níveis de evidência das recomendações propostas por três Entidades distintas (ECDC, EPIC e NHMRC) poderá ser consultada em: Loveday H.P. et Al; EPIC 3: *National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England*. NHS. Journal of Hospital Infection 86S1 (2014) S1-S70.

Acreditado pelo NICE em 2013; IGC Steering Committee. "Comparison of Grades of recommendation from adapted guidelines and NHMRC". 2014. Acessível online em: www.sciencedirect.com.

Para além da norma da DGS (2022), também devem ser seguidas as Diretriz para Prevenção de Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateter (CDC, 2009) relativas a:

- I. Uso Adequado do cateter urinário:
- II. Técnicas adequadas para inserção de cateter urinário~
- III. Técnicas adequadas para manutenção de cateter urinário
- IV. Materiais para cateteres
- V. Gestão de Obstrução
- VI. Coleta de amostras

- VII. Separação Espacial de Pacientes Cateterizados
- VIII. Programas de melhoria da qualidade
- IX. Infraestrutura Administrativa
- X. Vigilância

I. Uso Adequado do cateter urinário:

A. Inserir cateteres apenas para indicações apropriadas e deixá-los no local apenas pelo tempo necessário. (Categoria IB)

Minimizar o uso de cateteres urinários e a duração em todos os pacientes, especialmente aqueles com maior risco de ITU associada a cateter ou mortalidade decorrente da cateterização, como mulheres, idosos e pacientes com imunidade comprometida. (Categoria IB)

Evitar o uso de cateteres urinários em pacientes e residentes de lares de idosos para o manejo da incontinência. (Categoria IB) a. Mais pesquisas são necessárias sobre o uso periódico (por exemplo, à noite) de cateteres externos (por exemplo, cateteres de preservativo) em pacientes ou residentes incontinentes e o uso de cateteres para prevenir o desenvolvimento de lesões na pele. (Sem recomendação/questão não resolvida)

Utilizar cateteres urinários em pacientes operados somente quando necessário, em vez de rotineiramente. (Categoria IB)

Para pacientes operados que têm indicação para um cateter permanente, remover o cateter o mais rápido possível no pós-operatório, preferencialmente dentro de 24 horas, a menos que existam indicações apropriadas para o uso contínuo. (Categoria IB)

B. Considere o uso de alternativas à cateterização uretral permanente em pacientes selecionados quando apropriado.

Considere o uso de cateteres externos como alternativa aos cateteres uretrais permanentes em pacientes do sexo masculino cooperativos sem retenção urinária ou obstrução do trato urinário. (Categoria II)

Considere alternativas aos cateteres uretrais permanentes crônicos, como cateterização intermitente, em pacientes com lesão na medula espinal. (Categoria II)

A cateterização intermitente é preferível aos cateteres uretrais permanentes ou suprapúbicos em pacientes com disfunção no esvaziamento da bexiga. (Categoria II)

Considere a cateterização intermitente em crianças com mielomeningocele e bexiga neurogênica para reduzir o risco de deterioração do trato urinário. (Categoria II)

São necessárias mais pesquisas sobre o benefício do uso de uma prótese uretral como alternativa a um cateter uretral permanente em pacientes selecionados com obstrução do trato urinário. (Sem recomendação/questão não resolvida)

São necessárias mais pesquisas sobre os riscos e benefícios dos cateteres suprapúbicos como alternativa aos cateteres uretrais permanentes em pacientes selecionados que requerem cateterização de curto ou longo prazo, especialmente em relação a complicações relacionadas à inserção do cateter ou ao local do cateter. (Sem recomendação/questão não resolvida)

II. Técnicas Adequadas para a Inserção de Cateter Urinário

A. Realize a higiene das mãos imediatamente antes e após a inserção ou qualquer manipulação do dispositivo ou local do cateter. (Categoria IB)

B. Certifique-se de que apenas pessoas devidamente treinadas (por exemplo, pessoal hospitalar, familiares ou os próprios pacientes) que conheçam a técnica correta de inserção e manutenção asséptica do cateter sejam responsáveis por essa tarefa. (Categoria IB)

C. No ambiente hospitalar de cuidados agudos, insira cateteres urinários usando técnica asséptica e equipamento estéril. (Categoria IB)

Utilize luvas estéreis, campos cirúrgicos, compressas, uma solução antisséptica apropriada ou solução estéril para limpeza periuretral e um sachê de gel lubrificante de uso único para a inserção. (Categoria IB)

O uso rotineiro de lubrificantes antissépticos não é necessário. (Categoria II)

Mais pesquisas são necessárias sobre o uso de soluções antissépticas versus água ou solução salina estéreis para a limpeza periuretral antes da inserção do cateter. (Sem recomendação/questão não resolvida)

D. No ambiente não hospitalar, a técnica limpa (ou seja, não estéril) para a cateterização intermitente é uma alternativa aceitável e mais prática à técnica estéril para pacientes que necessitam de cateterização intermitente crônica. (Categoria IA)

Mais pesquisas são necessárias sobre os métodos ideais de limpeza e armazenamento de cateteres usados para cateterização intermitente limpa. (Sem recomendação/questão não resolvida)

E. Fixe adequadamente os cateteres permanentes após a inserção para evitar movimentos e tração uretral. (Categoria IB)

F. A menos que indicado clinicamente, considere o uso do cateter de menor calibre possível, consistente com um bom escoamento, para minimizar o trauma do colo da bexiga e da uretra. (Categoria II)

G. Se a cateterização intermitente for utilizada, realize-a em intervalos regulares para evitar a distensão excessiva da bexiga. (Categoria IB)

H. Considere o uso de um dispositivo portátil de ultrassom para avaliar o volume de urina em pacientes submetidos à cateterização intermitente, a fim de avaliar o volume de urina e reduzir inserções desnecessárias de cateter. (Categoria II)

Se scanners de bexiga por ultrassom forem utilizados, certifique-se de que as indicações de uso sejam claramente declaradas, que a equipe de enfermagem seja treinada em sua utilização e que o equipamento seja adequadamente limpo e desinfetado entre os pacientes. (Categoria IB)

III. Técnicas Adequadas para Manutenção de Cateter Urinário

A. Após a inserção asséptica do cateter urinário, mantenha um sistema de drenagem fechado (Categoria IB).

Se ocorrerem quebras na técnica asséptica, desconexões ou vazamentos, substitua o cateter e o sistema coletor usando técnica asséptica e equipamento estéril (Categoria IB).

Considere o uso de sistemas de cateter urinário com junções cateter-tubo pré-conectadas e seladas (Categoria II).

B. Mantenha um fluxo de urina desobstruído (Categoria IB).

Mantenha o cateter e o tubo coletor livres de torções (Categoria IB).

Mantenha o saco coletor abaixo do nível da bexiga o tempo todo. Não coloque o saco no chão (Categoria IB).

Esvazie regularmente o saco coletor usando um recipiente coletor separado e limpo para cada paciente; evite respingos e impeça o contato do registro de drenagem com o recipiente coletor não estéril (Categoria IB).

C. Utilize Precauções Padrão, incluindo o uso de luvas e avental conforme apropriado, durante qualquer manipulação do cateter ou sistema coletor (Categoria IB).

D. Sistemas complexos de drenagem urinária (utilizando mecanismos para reduzir a entrada de bactérias, como cartuchos liberadores de antissépticos na porta de drenagem) não são necessários para uso rotineiro (Categoria II).

E. A troca de cateteres permanentes ou sacos de drenagem em intervalos fixos e regulares não é recomendada. Em vez disso, sugere-se a troca com base em indicações clínicas, como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado estiver comprometido (Categoria II).

F. A menos que existam indicações clínicas (por exemplo, em pacientes com bacteriúria após a remoção do cateter pós-cirurgia urológica), não use antimicrobianos sistêmicos rotineiramente para prevenir ITU associada a cateter em pacientes que necessitam de cateterização de curto ou longo prazo (Categoria IB).

São necessárias mais pesquisas sobre o uso de antissépticos urinários (por exemplo, metenamina) para prevenir ITU em pacientes que necessitam de cateterização de curto prazo (Sem recomendação/questão não resolvida).

G. Não limpe a área periuretral com antissépticos para prevenir ITU associada a cateter enquanto o cateter estiver em vigor. A higiene de rotina (por exemplo, limpeza da superfície meatal durante o banho diário ou durante o banho) é apropriada (Categoria IB).

H. A menos que seja antecipada uma obstrução (por exemplo, como pode ocorrer com sangramento após cirurgia prostática ou vesical), a irrigação da bexiga não é recomendada (Categoria II).

III. Técnicas Adequadas para Manutenção de Cateter Urinário

A. Após a inserção asséptica do cateter urinário, mantenha um sistema de drenagem fechado (Categoria IB).

Se ocorrerem quebras na técnica asséptica, desconexões ou vazamentos, substitua o cateter e o sistema coletor usando técnica asséptica e equipamento estéril (Categoria IB).

Considere o uso de sistemas de cateter urinário com junções cateter-tubo pré-conectadas e seladas (Categoria II).

B. Mantenha um fluxo de urina desobstruído (Categoria IB).

Mantenha o cateter e o tubo coletor livres de torções (Categoria IB).

Mantenha o saco coletor abaixo do nível da bexiga o tempo todo. Não coloque o saco no chão (Categoria IB).

Esvazie regularmente o saco coletor usando um recipiente coletor separado e limpo para cada paciente; evite respingos e impeça o contato do registro de drenagem com o recipiente coletor não estéril (Categoria IB).

C. Utilize Precauções Padrão, incluindo o uso de luvas e avental conforme apropriado, durante qualquer manipulação do cateter ou sistema coletor (Categoria IB).

D. Sistemas complexos de drenagem urinária (utilizando mecanismos para reduzir a entrada de bactérias, como cartuchos liberadores de antissépticos na porta de drenagem) não são necessários para uso rotineiro (Categoria II).

E. A troca de cateteres permanentes ou sacos de drenagem em intervalos fixos e regulares não é recomendada. Em vez disso, sugere-se a troca com base em indicações clínicas, como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado estiver comprometido (Categoria II).

F. A menos que existam indicações clínicas (por exemplo, em pacientes com bacteriúria após a remoção do cateter pós-cirurgia urológica), não use antimicrobianos sistêmicos rotineiramente para prevenir ITU associada a cateter em pacientes que necessitam de cateterização de curto ou longo prazo (Categoria IB).

São necessárias mais pesquisas sobre o uso de antissépticos urinários (por exemplo, metenamina) para prevenir ITU em pacientes que necessitam de cateterização de curto prazo (Sem recomendação/questão não resolvida).

G. Não limpe a área periuretral com antissépticos para prevenir ITU associada a cateter enquanto o cateter estiver em vigor. A higiene de rotina (por exemplo, limpeza da superfície meatal durante o banho diário ou durante o banho) é apropriada (Categoria IB).

H. A menos que seja antecipada uma obstrução (por exemplo, como pode ocorrer com sangramento após cirurgia prostática ou vesical), a irrigação da bexiga não é recomendada (Categoria II).

Se a obstrução é antecipada, a irrigação contínua fechada é sugerida para prevenir a obstrução (Categoria II).

I. A irrigação rotineira da bexiga com agentes antimicrobianos não é recomendada (Categoria II).

J. A instilação rotineira de soluções antissépticas ou antimicrobianas em sacos de drenagem urinária não é recomendada (Categoria II).

K. O clampeamento de cateteres permanentes antes da remoção não é necessário (Categoria II).

L. Mais pesquisas são necessárias sobre o uso de interferência bacteriana (ou seja, a inoculação da bexiga com uma cepa bacteriana não patogênica) para prevenir ITU em pacientes que necessitam de cateterização urinária crônica (Sem recomendação/questão não resolvida).

Materiais de Cateter

M. Se a taxa de ITU associada a cateter não diminuir após a implementação de uma estratégia abrangente para reduzir as taxas de ITU associada a cateter, considere o uso de cateteres impregnados com antimicrobianos/antissépticos. A estratégia abrangente deve incluir, no mínimo, as recomendações de alta prioridade para o uso de cateter urinário, inserção asséptica e manutenção (veja a Seção III. Implementação e Auditoria) (Categoria IB).

São necessárias mais pesquisas sobre o efeito dos cateteres impregnados com antimicrobianos/antissépticos na redução do risco de ITU sintomática, sua inclusão entre as intervenções principais e as populações de pacientes mais propensas a se beneficiar desses cateteres (Sem recomendação/questão não resolvida).

N. Cateteres hidrofílicos podem ser preferíveis aos cateteres padrão para pacientes que necessitam de cateterização intermitente (Categoria II).

O. Silicone pode ser preferível a outros materiais de cateter para reduzir o risco de incrustação em pacientes cateterizados a longo prazo que apresentam obstruções frequentes (Categoria II).

P. Mais pesquisas são necessárias para esclarecer o benefício das válvulas de cateter na redução do risco de ITU associada a cateter e outras complicações urinárias (Sem recomendação/questão não resolvida).

Controlo de Obstrução

Q. Se ocorrer obstrução e for provável que o material do cateter esteja contribuindo para a obstrução, troque o cateter (Categoria IB).

R. Mais pesquisas são necessárias sobre o benefício da irrigação do cateter com soluções acidificantes ou o uso de inibidores de urease oral em pacientes cateterizados a longo prazo que apresentam obstruções frequentes (Sem recomendação/questão não resolvida).

S. São necessárias mais pesquisas sobre o uso de um dispositivo portátil de ultrassom para avaliar obstrução em pacientes com cateteres permanentes e baixa produção de urina (Sem recomendação/questão não resolvida) (Key Question 2C).

T. São necessárias mais pesquisas sobre o uso de metenamina para prevenir encrustação em pacientes que necessitam de cateteres permanentes crônicos e estão em alto risco de obstrução (Sem recomendação/questão não resolvida) (Key Question 2C).

Princípios Gerais da técnica de cateterização vesical

- O calibre da algalia refere-se ao seu diâmetro interno, que é expresso em unidades Charrière (Ch) – 1Ch = 0,33mm. Deve escolher-se o diâmetro mais pequeno desde que assegure a drenagem eficaz. O calibre recomendado é de 10 a 14 Ch na mulher e 14 a 16 Ch no homem – Categoria II . O tamanho do cateter é identificado no canal de inflação, bem como por meio de um código de cores internacional. (EAUN, 2012).



Fig. 15 International colours of catheter size
(Source: Coloplast Denmark A/S, permission see page 65)

Para uso pediátrico: Tamanho 6-10

Para adultos: Mulher (10 a 14 Ch) e Homem (14 a 16 Ch)

- Tamanho 10 - Urina clara, sem detritos, sem areia (incrustação).
- Tamanho 12-14 - Urina clara, sem detritos, sem areia, sem hematúria.
- Tamanho 16 - Urina ligeiramente turva, hematúria leve com ou sem coágulos pequenos, presença de areia leve ou ausência, sem detritos ou com detritos leves.
- Tamanho 18 - Areia moderada a pesada, detritos moderados a pesados. Hematúria com coágulos moderados.
- Tamanho 20-24 - Usado para hematúria intensa, necessidade de lavagem

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

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

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

- Se é previsível uma irrigação regular, selecionar uma algália de três vias – Categoria I

- 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
- Usar lubrificante apropriado, gel anestésico estéril de uso único, para reduzir o trauma uretral – Categoria II
- O balão deve ser dilatado com a quantidade correta de água estéril (volume necessário – 5 a 10ml no adulto) – Categoria II
- Questão não Resolvida: não há evidência de que a água ou o soro fisiológico a utilizar na limpeza do meato urinário devam ser estéreis.

Procedimentos:

- Material:

- Kit de algália descartável;
- gel lubrificante de uso único;
- seringa pré-cheia para cateterismo vesical
- Algália de tipo e calibre adequado à situação do doente;
- 1 par de luvas não esterilizadas;
- Soro fisiológico para limpeza perineal;
- Saco coletor esterilizado com torneira;
- Adesivo hipo alérgico;
- Campo esterilizado com orifício;
- Resguardo absorvente impermeável (se possível)

- Procedimento inserção de cateter vesical:

- Informar a pessoa sobre o procedimento que se vai realizar e como pode colaborar;
- Preparar e transportar o material para junto da pessoa;
- Manter a privacidade da pessoa;
- Preparar fisicamente a pessoa, expondo unicamente a região genital e colocando o resguardo sob a mesma:
 - Homem: decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução
 - Mulher: decúbito dorsal com os membros inferiores fletidos e em abdução
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas não esterilizadas e fazer uma limpeza dos órgãos genitais;

- Descalçar as luvas e higienizar as mãos;
- Abrir o kit com técnica asséptica;
- Retirar o invólucro externo da algália colocando-o dentro do kit e abrir de seguida o saco coletor de urina. Colocar o soro fisiológico na taça;
- Calçar luvas esterilizadas e proceder a nova limpeza:
 - No homem: Com a mão não dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica, retraindo o prepúcio. Com a mão dominante limpar o meato utilizando uma compressa de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glândula.
 - Na mulher: Inicia-se a limpeza pelos grandes lábios, utilizando uma compressa para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. Seguidamente a mão não dominante afasta os grandes lábios e a outra mão executa a limpeza dos pequenos lábios, respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato num movimento único.
- Colocar campo esterilizado com orifício;
- Adaptar saco coletor de urina à algália e lubrificar a sua extremidade;
- Introduzir a algália de forma suave e com movimentos rotativos até ao aparecimento de urina no tubo do saco coletor. No homem colocar com a mão não dominante o pénis num ângulo de 90º com a zona pélvica e na mulher com a mão não dominante manter os grandes lábios afastados enquanto se faz a introdução da algália com a mão dominante.
- Introduzir água destilada em quantidade adequada à capacidade do balão (cuff) e exteriorizar ligeiramente a algália até se sentir resistência;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Fixar a algália, alternando a sua posição diariamente;
- Diariamente realizar os cuidados de higiene perineal com água e sabão;
- Avaliar e registar as características da urina diariamente;

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

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

Protocolo de remoção de cateter vesical:

Utilizado um algoritmo para a avaliação (apêndice I);

1. O enfermeiro avalia a necessidade diária de permanência do cateter vesical, seguindo os seguintes passos:
 - a. O utente possui um cateter urinário? Se não, reavaliar no dia seguinte. Se sim avaliar a necessidade de acordo com as indicações da norma:
 - a) Doentes com retenção urinária aguda ou obstrução;
 - b) Necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos;
 - c) Uso em procedimentos pré-operatórios específicos: i. Cirurgias urológicas ou do trato geniturinário; ii. Cirurgias com previsão de longa duração; iii. Doentes com necessidade de receber grandes volumes de infusões ou diuréticos; iv. Necessidade de monitorização do débito urinário durante a cirurgia.
 - d) Doentes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal;
 - e) Doentes que requerem uma imobilização prolongada;
 - f) Para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida.
 - b. Se não houver indicação(ões) apropriada(s) para uso, o enfermeiro deve remover o cateter urinário.
 - c. Após a remoção, observar o utente .
1. A pessoa urina dentro de 6 horas e sem sintomas. Observar.
2. A pessoa urina dentro de 6 horas, mas apresenta sintomas de plenitude abdominal ou desconforto. Realizar avaliação com ultrassom da bexiga. Se volume < 200 cc, observar. Repetir ultrassom pós-miccional se os sintomas persistirem e entrar em contato com o médico.

3. A pessoa incapaz de urinar dentro de 6 horas. Avaliação com ultrassom da bexiga. Se volume < 200 cc, observar. Repetir ultrassom da bexiga se os sintomas persistirem e entrar em contato com o médico. Avaliação com ultrassom da bexiga. Se volume > 200 cc, cateterização intermitente. Repetir ultrassom da bexiga se os sintomas persistirem e entrar em contato com o médico.
 - d. Contatar o médico em caso de complicações

Indicações da CDC para obtenção de amostra de urina asséptica em utentes algaliados

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


- Higienizar as mãos.
- Colocar luvas e avental
- Clampar a algália durante alguns minutos (15 a 30 minutos antes);
- Preparar o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas esterilizadas;
- Desinfetar com álcool a área a puncionar;
- Inserir seringa 10ml de urina, puncionando na parte oposta do canal do balão com um ângulo de 45º;
- Inserir a amostra de urina em frasco esterilizado devidamente rotulado, evitando tocar no frasco;
- Retirar a pinça de clampagem (ou outro material utilizado para clampagem) e limpar o local de punção após a colheita;
- Enviar a amostra de urina para o laboratório dentro de 15 minutos. Se isto não for possível, a amostra deve ser refrigerada para evitar a proliferação de bactérias;
- Se utente com cateter vesical há mais de 2 semanas, é necessário trocar o cateter urinário para colheita de amostra;

Atenção:


- Só devem ser colhidas culturas bacterianas a utentes com sinais ou sintomas de infeção bacteriana.
- Ter atenção: amostra contaminada pode ser resultado de técnicas inadequadas de colheita, o que pode levar a prescrição desnecessária de antibióticos.
- Não puncionar o tubo de plástico ou saco coletor;
- Não desconectar a algália para recolher a urina.

Registos de Enfermagem no S-Clinico:

Pessoa com cateter vesical

Introduzir no ícone “Notas” a seguinte  informação:

- Data de 1ª algaliação e motivo, tipo e calibre de algália;
- Data de necessidade de troca de algália.
- Data de nova algaliação e motivo, tipo e calibre de algália (quando aplicável);
- Data de nova necessidade de troca de algália (quando aplicável).

No ecrã  identificar o foco de atenção “Incontinência Urinária” e ativá-lo.

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Incontinência Urinária	Incontinência urinária		08-12-2019 13:35	

Prosseguir com o planeamento das principais intervenções de enfermagem, nomeadamente:

- Planear ingestão de líquidos (se aplicável);
- Planear o padrão de eliminação urinária (se aplicável);
- Providenciar dispositivos - associando a nota Entregue folheto informativo relativo aos “Cuidados a ter para a prevenção de Infecção Urinária em Pessoas Algaliadas” no contato de realização
- Remover cateter urinário – no contacto de remoção;
- Trocar cateter urinário – programar a troca para o período da manhã (latex: 10/10dias; PTFE/Teflon: 28/28 dias e Silicone: 30/30 dias);
- Vigiar eliminação urinária - atribuindo o horário “Todos os contatos”.

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO				
<input checked="" type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Ativas <input type="checkbox"/> Inativas				
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Termo
Avsilar conhecimento sobre incontinência urinária	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	12-01-2024 13:20
Avsilar conhecimento sobre o uso de dispositivo urinário	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neste contacto	12-01-2024 13:37
Ensinar sobre complicações da doença	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Ensinar sobre dispositivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neste contacto	12-01-2024 13:37
Ensinar sobre doença	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO				
<input checked="" type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Ativas <input type="checkbox"/> Inativas				
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Termo
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre incontinência urinária	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neste contacto	12-01-2024 13:24
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Ensinar o prestador de cuidados sobre doença	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Ensinar o prestador de cuidados sobre incontinência urinária	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neste contacto	12-01-2024 13:41
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

Resp. Inicio: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Foco de atenção: Retenção Urinária

1. Diagnósticos possíveis: Retenção Urinária;

Intervenções Sugeridas: Avaliar retenção urinária, inserir cateter urinários, Otimizar cateter urinário, Trocar cateter urinários, Vigiar eliminação urinária

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO			
Foco de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Retenção Urinária	Retenção urinária	12-01-2024 15:45	
Retenção Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre	12-01-2024 15:45	
Incontinência Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre	12-01-2024 13:11	
Incontinência Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento sobre incontinência urinária	12-01-2024 13:11	
Incontinência Urinária	Incontinência urinária	12-01-2024 13:11	
S Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação	05-02-2021 12:21	
S Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação	16-10-2008 14:07	

Sem Status: S Sugerido Resp. Início: CORINA ALVES SALVADO G MANA Resp. Termo:

Especificações

12 Jan 2024 15:48: Retenção urinária (Responsáveis: [redacted])

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO				
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	Horário	Início	Termo
Avaliar retenção urinária		Todos os contactos	12-01-2024 15:46	
Inserir cateter urinário		Neste contacto	12-01-2024 13:32	
Otimizar cateter urinário				
Remover cateter urinário		Todos os contactos	12-01-2024 13:33	
Trocar cateter urinário				
Vigiar eliminação urinária		Todos os contactos	12-01-2024 13:20	

2. Diagnóstico possível: Potencial para melhor o conhecimento do prestador de cuidados sobre retenção urinária

Intervenções sugeridas: Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da retenção urinária, Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de retenção urinária; Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações.

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO			
Foco de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Retenção Urinária	Retenção urinária	12-01-2024 15:45	
Retenção Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre	12-01-2024 15:45	
Incontinência Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre	12-01-2024 13:11	
Incontinência Urinária	Potencial para melhorar o conhecimento sobre incontinência urinária	12-01-2024 13:11	
Incontinência Urinária	Incontinência urinária	12-01-2024 13:11	
S Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação	05-02-2021 12:21	
S Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação	16-10-2008 14:07	

Sem Status: S Sugerido Resp. Início: [redacted] Resp. Termo:

Especificações

12 Jan 2024 15:48: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de retenção urinária (Responsáveis: [redacted])

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO				
Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	Horário	Início	Termo
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de retenção urinária		Todos os contactos	12-01-2024 15:46	
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença				
Ensinar o prestador de cuidados sobre doença				
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de retenção urinária				

Foco de atenção: Eliminação urinária.

Intervenções sugeridas: Monitorizar eliminação urinária, Monitorizar número de micções, Vigiar eliminação urinária

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 16-10-2008 Fim: 12-01-2024 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Comportamento de Adesão		29-03-2017 08:06	
S Auto - Vigilância	Sem auto - vigilância comprometida	29-03-2017 08:06	
S Uso de Contraceptivos	Conhecimento sobre uso de contraceptivos	29-03-2017 08:06	
S Uso de Contraceptivos	Sem uso de contraceptivos comprometido	29-03-2017 08:06	
Comportamento de Procura de Saúde		29-03-2017 08:06	
Menstruação		29-03-2017 08:06	
Eliminação Urinária		12-01-2024 15:10	

Sem Status S Sugendo Resp. Início: Resp. Termo: Termo

Especificações

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Monitorizar eliminação urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar número de micções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vigiar eliminação urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos os contactos	12-01-2024 13:20	

Foco de atenção: Infecção

Intervenções associadas: Avaliar infecção; Avaliar risco de infecção;

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da infecção;

Avaliar conhecimento sobre prevenção de infecção;

Vigiar sinais inflamatórios.

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 16-10-2008 Fim: 12-01-2024 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Comportamento de Adesão		29-03-2017 08:06	
S Auto - Vigilância	Sem auto - vigilância comprometida	29-03-2017 08:06	
S Uso de Contraceptivos	Conhecimento sobre uso de contraceptivos	29-03-2017 08:06	
S Uso de Contraceptivos	Sem uso de contraceptivos comprometido	29-03-2017 08:06	
Comportamento de Procura de Saúde		29-03-2017 08:06	
Menstruação		29-03-2017 08:06	
Infecção		12-01-2024 15:52	

Sem Status S Sugendo Resp. Início: Resp. Termo: Termo

Especificações

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai sobre prevenção de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar conhecimento sobre prevenção de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar infeção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar risco de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vigiar sinais inflamatórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Foco de atenção: Auto Controlo: Infecção

Intervenções sugeridas: Avaliar Auto controlo: infeção

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da contaminação.

Avaliar conhecimento sobre auto controlo: infeção

Avaliar potencial para melhorar o conhecimento.

Vigiar medidas de segurança.

4. Avaliação/Indicadores

Indicadores de Monitorização Mensal no âmbito da NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (CV)

No âmbito da implementação da Norma deve ser efetuada avaliação dos seguintes indicadores:

Indicador	Numerador/Denominador
a) Taxa de Infecção do trato urinário associada ao uso de CV	Nº de novos casos de infeção sintomática associada ao uso de CV no mês X / Nº de dias de uso de CV no mês X
b) Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação de CV	Nº de CV inseridos e observados no mês identificado, em que foram cumpridos os pontos a) e b) do Feixe de Intervenções / Nº de CV inseridos e observados, no mês identificado (através de dados retirados dos registos clínicos eletrónicos de enfermagem ou dos registos da folha calendário).
c) Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a manutenção de CV	Nº de cateteres vesicais mantidos em que foram cumpridos os pontos c), d), e) e f) do Feixe de Intervenções por cada doente observado, no mês identificado / Nº de oportunidades observadas e registadas de manutenção de CV, no mês identificado.
d) Taxa de cumprimento de cada um dos 6 elementos do Feixe de Intervenções de colocação do CV	Nº de cateter vesicais inseridos e observados em que foi cumprido esse elemento do feixe de intervenções, no período identificado / Nº total de CV inseridos e observados no período identificado.

Grelha de Monitorização Mensal

Mês	Taxa de Infecção do trato urinário associada ao uso de CV	Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação de CV	Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a manutenção de CV	Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação do CV					
				a)	b)	c)	d)	e)	f)
Janeiro									
Fevereiro									
Março									
Abril									
Maio									
Junho									
Julho									
Agosto									
Setembro									
Outubro									

Novembro									
Dezembro									

Referências Bibliográficas:

AHRQ. (2021). Safety Program for Improving Antibiotic Stewardship – Long-Term Care Culture Collection 2 CDC Specimen Collection Guidelines. Disponível em: <https://www.cdc.gov/urdo/downloads/SpecCollectionGuidelines.pdf>.

AHRQ. (2021). Safety Program for Improving Antibiotic Use Urine Culture Collection. 17(21)-0029.

Blodgett, T. (2009). Reminder Systems to Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.

DGS (2022). Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe De Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Disponível em : https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Gould, C. V., Umscheid, C.A., Agarwal, R.K., Kuntz, G. & Pegues, D.A. (2009) Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC): guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Acedido em 10.01.2024. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-H.pdf>

Lo, E., Nicolle, L. E., Coffin, S. E., Gould, C. MD, Maragakis, L. L. MD, Meddings, J. MD, Pegues, D. A. MD, Pettis, A. M. RN BSN CIC, Saint, S. MD MPH, & Yokoe, D. S. MD MPH. (2014). Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(5), 464-479. <https://www.jstor.org/stable/10.1086/675718>

WHO (2009a). Global priorities for patient safety research. Suíça:WHO Library. Acedido em 10.10.2019. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

WHO (2009b). Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Geneva:Organização Mundial de Saúde. Acedido em 10.10.2019. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/index.html>

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

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

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

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

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

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

ANEXO I

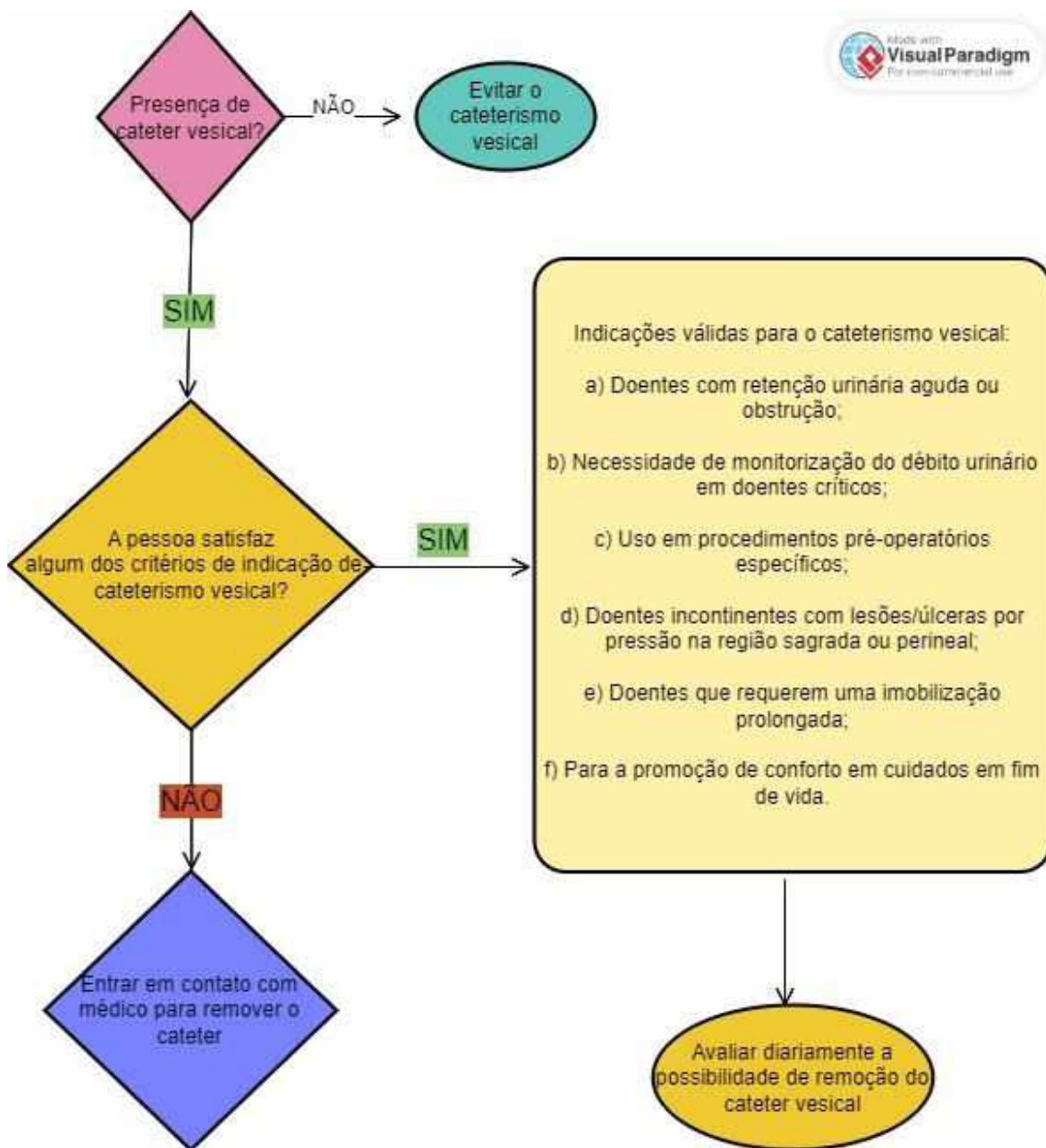
Instrumento de auditoria clínica face à norma de “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical”

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical"				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: __/__/__ Equipa auditora:				
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				
4. Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde dirigido ao doente e cuidador(es) sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical				
5. Existe evidência de que é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade				
6. Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para manter o cateter vesical				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

APÊNDICE I

Algoritmo de Tomada de Decisão para Cateterismo Vesical



Adaptado de: AHRQ Safety Program for Reducing CAUTI in Hospitals. Appendix M. Urinary Catheter Decision-Making Algorithm. Supplementary Appendix Page 109. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa1504906/suppl_file/nejmoa1504906_appendix.pdf

4) Instrumento de monitorização mensal – equipa da UCC

**Indicadores de Monitorização Mensal no âmbito da NORMA CLÍNICA:
019/2015, atualizada 09/08/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção
da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (CV)**

Indicador	Numerador	Denominador
Taxa de Infecção do trato urinário associada ao CV	Nº de novos casos de infeção sintomática associada ao uso de CV no mês X	Nº de dias de uso de CV no mês X
Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação de CV	Nº de CV inseridos e observados no mês identificado, em que foram cumpridos os pontos a) e b) do Feixe de Intervenções	Nº de CV inseridos e observados, no mês identificado (através de dados retirados dos registos clínicos eletrónicos de enfermagem ou dos registos da folha calendário).
Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a manutenção de CV	Nº de cateteres vesicais mantidos em que foram cumpridos os pontos c), d), e) e f) do Feixe de Intervenções por cada doente observado, no mês identificado	Nº de oportunidades observadas e registadas de manutenção de CV, no mês identificado.
Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação do CV	Nº de cateter vesicais inseridos e observados em que foi cumprido esse elemento do feixe de intervenções, no período identificado /	Nº total de CV inseridos e observados no período identificado.

Mês	Taxa de Infecção do trato urinário associada ao CV	Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a colocação de CV	Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a manutenção de CV	Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação do CV
Janeiro				
Fevereiro				
Março				
Abril				
Mai				
Junho				
Julho				
Agosto				
Setembro				
Outubro				
Novembro				
Dezembro				

5) OUTROS

Para afixação na sala de enfermagem:
guia de leitura rápida

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA*

O que **REGISTAR** aquando a colocação de cateter vesical ?



Avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical;



A indicação apropriada da utilização de cateter vesical;



Cumprimento da técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem.







Indicações:

- Retenção urinária
- Monitorização débito urinário em doente crítico
- Procedimento cirúrgico específico
- Doente incontinente com lesões/úlceras na região sagrada ou perineal
- Imobilização prolongada
- Promoção de conforto em cuidados em fim de vida

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA*

O que **REGISTAR** aquando a manutenção de cateter vesical ?

-  Cumprimento da técnica limpa (higiene das mãos e uso de luvas e avental);
-  Manutenção da conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado;
-  Realização da Higiene diária do meato urinário (quem?);
-  Realização de Ações de educação para a saúde sobre cuidados de prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical (a quem?);
-  O Cateter vesical foi mantido seguro, com saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que atingido 2/3 da capacidade;
-  Avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical e razões para o manter.

*Guia de consulta rápida, não substitui a leitura completa da Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS

Distribuição aos cuidadores – cartão de bolso

DESPEJO DO SACO URINA COM TORNEIRA

DESPEJO DO SACO URINA COM TORNEIRA

DESPEJO DO SACO URINA COM TORNEIRA

Se o saco coletor tiver atingido **2/3 da sua capacidade**:

Se o saco coletor tiver atingido **2/3 da sua capacidade**:

Se o saco coletor tiver atingido **2/3 da sua capacidade**:

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar luvas e avental devido ao risco de salpicos;
3. Esvaziar o saco, sem o remover, para um recipiente limpo e individual, evitando o contacto entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha;
4. Despejar o recipiente;
5. Higienizar as mãos.

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar luvas e avental devido ao risco de salpicos;
3. Esvaziar o saco, sem o remover, para um recipiente limpo e individual, evitando o contacto entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha;
4. Despejar o recipiente;
5. Higienizar as mãos

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar luvas e avental devido ao risco de salpicos;
3. Esvaziar o saco, sem o remover, para um recipiente limpo e individual, evitando o contacto entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha;
4. Despejar o recipiente;
5. Higienizar as mãos.

APÊNDICE XVIII – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
SESSÃO (PARTICIPANTES)

Projeto: "Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI"- Resultados da Sessão N.º 3

No passado dia 16/01/2024 decorreu a Sessão n.º3 do Projeto "Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI". A sessão contou com a participação de 5 enfermeiros.

O quadro abaixo apresenta os resultados, em percentagem de respostas corretas, dos questionários de avaliação de conhecimentos Pré e Pós-sessão.

Questão	Percentagem (%) de respostas corretas		
	Avaliação Pré-sessão	Avaliação Pós-sessão	Diferença Pré e Pós-sessão
N.º 1	80%	80%	=
N.º 2	100%	100%	=
N.º 3	80%	60%	- 20%
N.º 4	40%	60%	+20%
N.º 5	60%	100%	+40%
N.º 6	0%	20%	+20%
Avaliação Global	60%	70%	+10%

Quadro 1: Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos Pré e Pós-sessão N.º 3 do Projeto de intervenção comunitária.

Correção:

1. Quem é o principal público-alvo da Norma Clínica 019/2015?
A – Médicos
B - Enfermeiros
C – Profissionais de Saúde em geral (**resposta correta**)

Justificação: A Norma Clínica 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, que aborda o "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, indica diretrizes e procedimentos específicos para profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de saúde de pessoas com cateteres vesicais. O principal público-alvo da norma são os profissionais de saúde, onde estão incluídos os enfermeiros, médicos, técnicos de saúde, entre outros.

2. Quais os contextos de intervenção e tipos de cuidados de saúde abrangidos pela Norma Clínica 019/2015 da DGS?

A - Exclusivamente cuidados hospitalares e hospitalização domiciliária na idade pediátrica e adulta;

B - Unidades de internamento de cuidados continuados e ambulatórios para adultos.

C - Abrange a idade pediátrica e adulta, em diversos contextos, incluindo intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos. **(resposta correta)**

Justificação: "1. A presente Norma deve aplicar-se à idade pediátrica e ao adulto, em contexto de intervenção pré-hospitalar, cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos." (DQS-DGS, 2022)

3. Quais os indicadores a avaliar no âmbito da implementação da presente Norma?

A. Taxa de infeção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical:

B. Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação e manutenção de cateter vesical:

C. Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação e manutenção do cateter vesical:

D. Todos os Anteriores **(resposta correta)**

E. Nenhum dos Anteriores

Justificação: "5. No âmbito da implementação da presente Norma deve ser efetuada avaliação dos seguintes indicadores:

a) Taxa de infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical: i. Numerador: Número de novos casos de infecção sintomática do trato urinário associada ao uso de cateter vesical, no mês identificado; ii. Denominador: Número de dias de uso do cateter vesical, no mês identificado.

b) Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a colocação de cateter vesical: i. Numerador: Número de cateteres vesicais inseridos e observados no mês identificado, em que foram cumpridos os pontos a) e b) do Feixe de Intervençõesb ; ii. Denominador: Número de cateteres vesicais inseridos e observados, no mês identificado (através de dados retirados dos registos clínicos eletrónicos de enfermagem ou dos registos da folha calendário).

c) Taxa de adesão às intervenções de prevenção da infecção urinária relacionadas com a manutenção de cateter vesical: i. Numerador: Número de cateteres vesicais mantidos em que foram cumpridos os pontos c), d), e) e f) do Feixe de Intervenções por cada doente observado, no mês identificadob ; ii. Denominador: Número de oportunidades observadas e registadas de manutenção de cateteres vesicais, no mês identificado.

d) Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação do cateter vesical: i. Numerador: número de cateter vesicais inseridos e observados em que foi cumprido esse elemento do feixe de intervenções, no período identificado; ii. Denominador: Número total de cateteres vesicais inseridos e observados no período identificado.

e) Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de manutenção do cateter vesical: i. Numerador: número de manutenções de cateteres vesicais em que foi cumprido esse elemento do feixe de intervenções, no período identificado; ii. Denominador: Número total de manutenções de cateteres vesicais observadas e registadas no período identificado.

4. Qual a afirmação incorreta sobre “Feixe de Intervenções”?

- A. É um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado.
- B. É baseado na evidência científica, de uma forma consistente.
- C. Apresenta unidade de tempo e de espaço;

- D. A implementação de cada intervenção é opcional, dependendo das preferências da equipa de saúde. **(resposta correta)**

Justificação: O “Feixe de Intervenções”, também largamente utilizado na literatura internacional como bundles, é um conjunto de intervenções, (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Os Feixes de Intervenções têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente e apresenta unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos. Um “Feixe” não é apenas uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada, o resultado não será o mesmo. Trata-se assim de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto.

5. Qual a frequência com que devo avaliar a possibilidade de remoção do cateter?

- A. Diariamente **(resposta correta)**
B. Semanalmente
C. Mensalmente

Justificação: Segundo a norma deve se Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter.

6. Quais os momentos de implementação do feixe de intervenções alvo de Auditoria no âmbito da Norma "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical?

- A. Momento Prévio à Colocação do Cateter Vesical
B. Momento de Colocação do Cateter Vesical
C. Momento de Manutenção do Cateter Vesical
D. A e C estão corretas
E. B e C estão corretas **(resposta correta)**
F. A, B e C estão corretas

Justificação: De acordo com o “Instrumento de auditoria clínica interna”, anexado na norma, os momentos alvo de auditoria são o momento de Colocação do Cateter Vesical e o momento de manutenção do cateter vesical. O momento prévio à colocação do cateter vesical não é alvo de auditoria.

Referências:

Direção-Geral de Saúde (2022). Norma Clínica: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, atualizada a 29 de agosto de 2022. Recuperada de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Obrigada pela vossa participação!

APÊNDICE XIX – APRESENTAÇÃO «POWERPOINT» (SEMINÁRIO INTERCALAR)

SEMINÁRIO INTERCALAR

Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Projeto de intervenção comunitária

Mestranda: Beatriz Lopes, nº 220000114

Professora Orientadora: Prof.^a Lígia Monterroso

Enfermeira Cooperante: Enf.^a Mestre e Especialista [REDACTED]

OBJETIVOS

- Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido, tendo com base o projeto de intervenção;
- Partilhar experiências, numa perspectiva de interajuda, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho futuro.

CONTEXTO DE ESTÁGIO

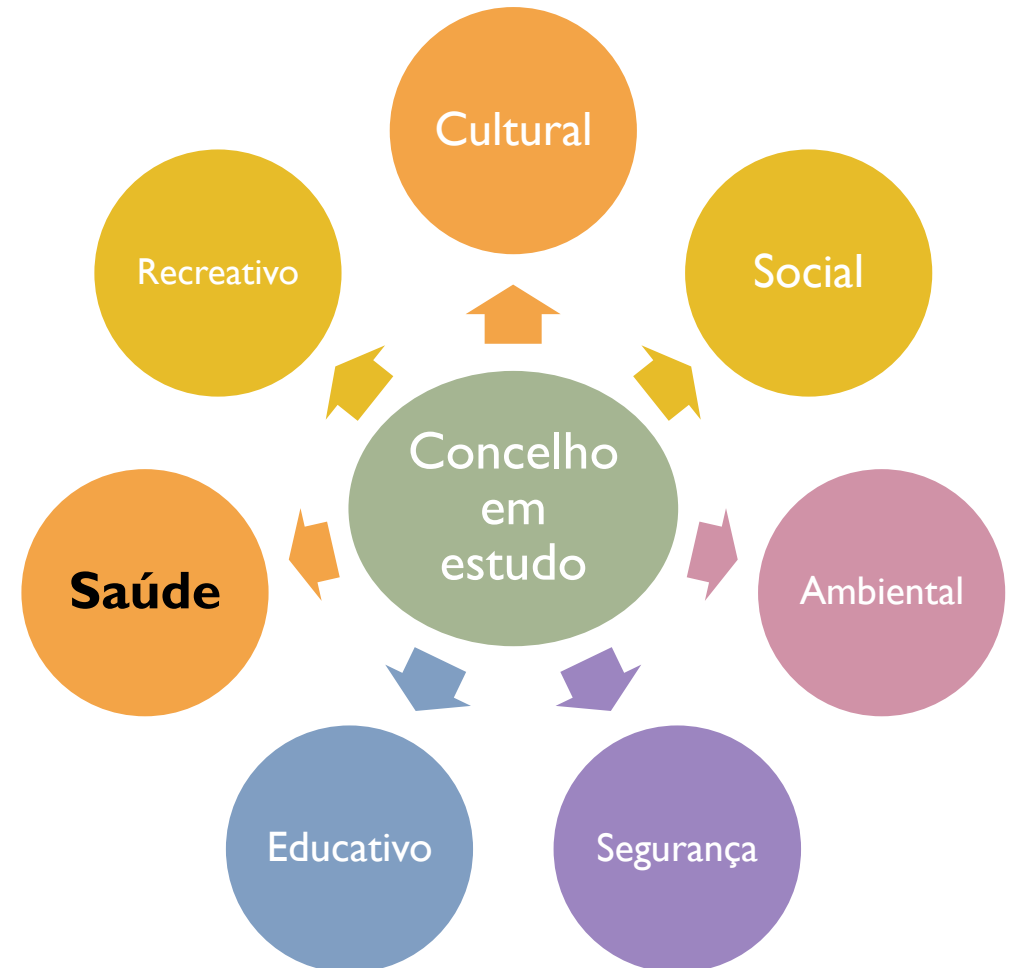
ACES



- Área de influência: 9 concelhos

Concelho em estudo:

- Área aproximada de 160 Km²:
- 6 Freguesias (Camara Municipal, s.d.).



CONTEXTO DE ESTÁGIO – UCC X

Constituição da Equipe:

- **9 Enfermeiros;**
- I fisioterapeuta;
- I assistente social;
- I assistente técnico;
- I cardiopneumologista;
- I higienista oral;
- I técnico de saúde ambiental;
- I médico.

- Prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário dirigido a pessoas/famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo (UCC x, 2023).
- População: 23337 habitantes;
- Índices de Dependência: Jovem 18.91%, Idosos 39.96%; Total 58.87% (RNU, 2023).



CARTEIRA DE SERVIÇOS/PROGRAMAS/PROJETOS:

- Saúde Escolar;
- Equipe de Cuidados Continuados Integrados;
- Apoio à população com Problemas Ligados ao Álcool;
- Apoio à população com problemas de Saúde Mental;
- Classe de Mobilidade de Prevenção de Quedas/Combater a Osteoporose;
- Classe de Mobilidade “Conquistar melhor saúde óssea” (Osteoartrose);
- Classe de Mobilidade “Proteger e cuidar, para enfrentar a dor” (Dor Crónica Lombar);

CARTEIRA DE SERVIÇOS/PROGRAMAS/PROJETOS:

- Classe de Mobilidade “Proteger e cuidar, para enfrentar a dor” (Dor Crónica Lombar);
- Parentalidade;
- Projeto de Intervenção dirigida a utentes com DPOC/Asma;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- Equipa de Prevenção de Violência em Adultos;
- Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua.
- Parceria com: Rede Social; Equipa Comunitária de Saúde Mental; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Comissão de Proteção Crianças e Jovens; e Núcleo Local de Inserção.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Problemas apresentados no Plano de Ação e Carta de Compromisso, ano 2023:

5) A não certificação da Unidade

...



Atividade a desenvolver:
Certificação da Unidade

Área	Subárea	Dimensão
Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
	Segurança	Segurança de Utentes Segurança de Profissionais Gestão do Risco
	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão

Necessidade formativa

(Matriz Multidimensional – Plano de Ação)

(UCC x, 2023)



Indicadores com impacto no cálculo do ÍDG:



Indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”




Score 0, no mês de setembro de 2023, revelando incumprimento face ao contratualizado.

DIAGNÓSTICO
DE SITUAÇÃO

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Com base nas Áreas com necessidade de intervenção Na dimensão “segurança de utentes” foram elaborados os seguintes diagnósticos:

- Comunicação comprometida;
- Risco de Queda;
- Risco de úlcera de pressão;
- Falta de conhecimento sobre medidas de segurança;
- **Risco de Infecção;** 
- Risco de complicação associada aos cuidados de saúde.

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno
2. Aumentar a segurança da comunicação
3. Aumentar a segurança cirúrgica
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
6. Prevenir a ocorrência de quedas
7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

Risco de infeção do trato urinário na comunidade de pessoas cuidadas em contexto de ECCL

Em conjunto com a equipa optou-se pela intervenção direta através da realização de sessões in loco de modo a reduzir a problemática.

Âmbito	Especificação
<p>Carta de Compromisso/Plano de Ação UCC x 2023</p>	<p>Área: qualidade organizacional Subárea: Segurança Dimensão: Segurança de utentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDS – score 0, sendo esperado em Dezembro 2023 atingir o score 100. - Indicador 428 – Score dimensão “segurança de utentes”
<p>Grelha Dior-CSP (2019)</p>	<p>3. Processos de Suporte Dimensão 2.6 Segurança - 2.6.2 Segurança dos Utentes Critério B- Identificação de riscos para a segurança do utente.</p>
<p>Manual de Standards (2023)</p>	<p>Bloco 3 - Segurança do doente A Unidade incorpora boas práticas para prevenir e controlar as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde</p>
<p>Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026</p>	<p>Pilar 5. Práticas seguras em ambientes seguros Objetivo Estratégico 5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)</p>

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none">• Idade igual ou superior a 18 anos;• Aceitar participar no projeto;• Consentimento Informado, livre e esclarecido;• Utente acompanhado pela ECCL da UCC ao dia 8/11.	<ul style="list-style-type: none">• Idade inferior a 18 anos;• Não aceitar participar no projeto;• Não ser acompanhado por ECCL da UCC X.

Autorizações Comissão de Ética Consentimento livre e esclarecido

Garantia de Princípios éticos e legais: Autonomia, Confidencialidade, Beneficência e Não Maleficência,

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Geral:

- Prevenir e controlar as infeções do trato urinário em contexto de ECCI através de um projeto de enfermagem comunitária no âmbito da segurança do utente;

Específicos:

- Sensibilizar a comunidade (equipa, utentes e cuidadores) para a importância da prevenção e controlo das infeções urinárias;
- Suportar e alicerçar a UCC na implementação de “feixe de intervenções e monitorização” para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.



Promoção da Saúde

"Importante ferramenta na construção do conceito de saúde que prioriza ações de melhoria da qualidade de vida da comunidade."

(Cardoso et al, 2022)



Comunicação

"um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do enfermeiro."

(Potter&Perry, 2004, p.156)



Parcerias

"O trabalho em parceria é primordial, pois permite a convergência de objetivos, uma linha comum orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos"

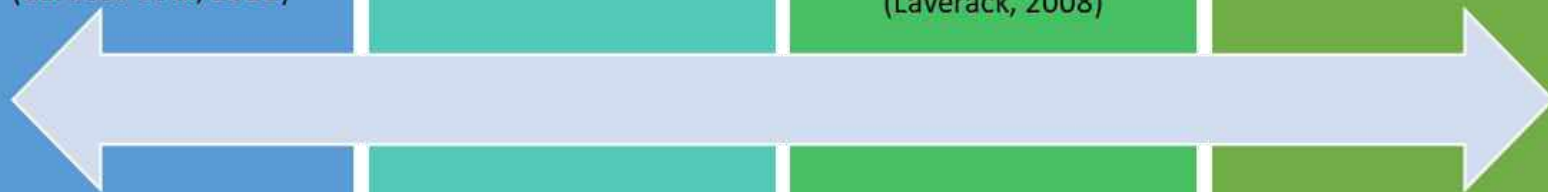
(Laverack, 2008)



Envolvimento dos Cuidadores

"Expressarem as suas necessidades e preocupações para ter uma participação ativa na sua saúde"

(Rodrigues, 2021)



SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

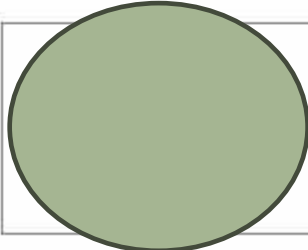
- Divulgação e debate do projeto com a equipa da UCC;
- Planeamento de sessão para apresentação e implementação do projeto
- Scoping Review:

Título da Revisão: Intervenção comunitária do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em ECCI: A scoping review protocol

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em ECCI?

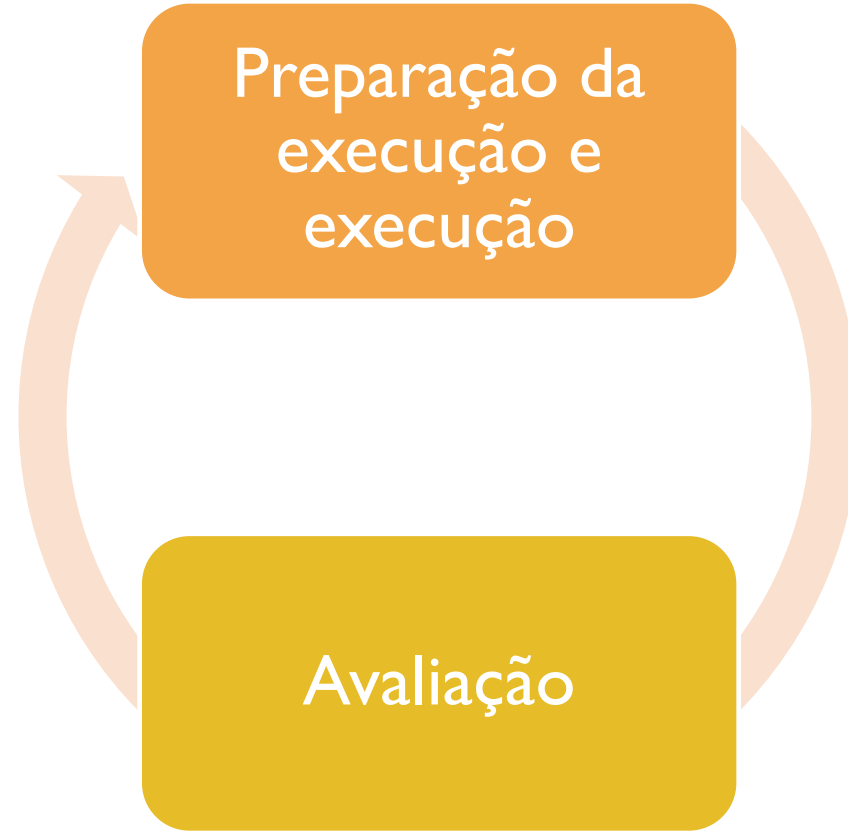
SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO



	Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade PROGRAMA de AUDITORIAS Plano de Auditoria Interna	Plano de Auditoria Interna
		Edição:
		Revisão:
		Data:
	(processo)	Página 1 de 6

Anexo III – Instrumento de auditoria clínica interna

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical"				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: / /		Equipa auditora:		
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuada cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				



PRÓXIMOS PASSOS

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA



Inexistência de validação de uma escala que avalie risco de infecção do trato urinário do indivíduo/comunidade



...outras oportunidades desenvolvimento de projetos de intervenção



...relevância do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública!

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS



Saúde Escolar

- Celebração do dia mundial da alimentação saudável nos Jardins de Infância;
- Intervenção aos alunos dos 7ºs anos sobre consumo de álcool e bebidas energéticas.

APÊNDICE XX - APRESENTAÇÃO «POWERPOINT» (SEMINÁRIO FINAL)

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Beatriz Lopes ^{1,2}; ; Lígia Monterroso¹

¹ Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde;

² Hospital Distrital de Santarém, ULS Lezíria;

³ Unidade de Cuidados na Comunidade, ULS Lezíria



Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Enquadramento Teórico

- ✓ 1 em cada 15 residentes tinham tido diagnóstico IACS e as ITU representaram 34,8% do total das infeções (Projeto HALT3 – Point prevalence survey of Healthcare-associated infections and antimicrobial, ano 2017);
- ✓ Causa multifatorial exigindo a implementação de **medidas sinérgicas** para prevenir e controlar a transmissão de agentes potencialmente infecciosos.

Diagnóstico de situação

- A Não Certificação da Unidade;
- A Segurança dos utentes como necessidade Formativa;
- Perceção de **Risco Alto de ITU** nas pessoas cuidadas em ECCI pela Equipa;
- Perceção de **Prevalência Elevada** de ITU nas pessoas cuidadas em ECCI pela Equipa.

Priorização

Risco de infeção do trato urinário na comunidade de pessoas cuidadas em contexto de ECCI.

Âmbito

Carta de
Compromisso/Plano de
Ação UCC x 2023
(UCC x, 2023)

Grelha Dior-CSP (2019)

Manual de Standards
(2023)

Plano nacional para a
segurança dos doentes
2021-2026



Objetivo Geral

PREVENIR E CONTROLAR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO
EM PESSOAS CUIDADAS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO PELA
EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

6 Objetivos
Específicos



Estratégias
de
Intervenção



PBE



Estratégias de Intervenção – Scoping Review

Título da Revisão: Prevenção da Infeção do Trato Urinário em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: A scoping review protocol.

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção urinária na pessoa cuidada em contexto domiciliário?

Tipo de revisão: Compreensiva. 4 artigos seleccionados (1 de natureza qualitativa e 3 de natureza quantitativa).



Contributos da Scoping

- A complexidade do ambiente comunitário (contexto domiciliário) com **fatores clínicos, ambientais e socioeconómicos próprios**, que interligados influenciam o desenvolvimento de ITU's (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020);
- **Formação contínua** dirigida aos profissionais de saúde (Cristina et al.,2021) (Maelegheer et al.,2020);
- Implementação de **diretrizes e práticas baseadas em evidência**;
- **Educação** de utentes e familiares;
- **Estratégias de colaboração multidisciplinares** no âmbito de projetos de prevenção e controlo de ITU's e **melhoria da prescrição de antibióticos** (Nace et al., 2020) (Rutten et al., 2022) .

Estratégias de Intervenção – Instrumentos de Colheita de dados

- ✓ Entrevista a 6 **enfermeiros**
- ✓ Grelha de Consulta do Processo Clínico dos **utentes**

População/Grupo alvo:
Enfermeiros de uma UCC da ARSLVT

- Comissão de Ética UI_IPSantarém;
 - Coordenadora da UCC
- Garantia de Princípios éticos e legais
- Consentimento livre e esclarecido dos participantes



Objetivos específicos

Avaliar a perceção dos enfermeiros da equipa sobre o risco de ITU na pessoa cuidada;

Identificar estratégias utilizadas na prevenção e controlo de infeção urinária pela equipa;

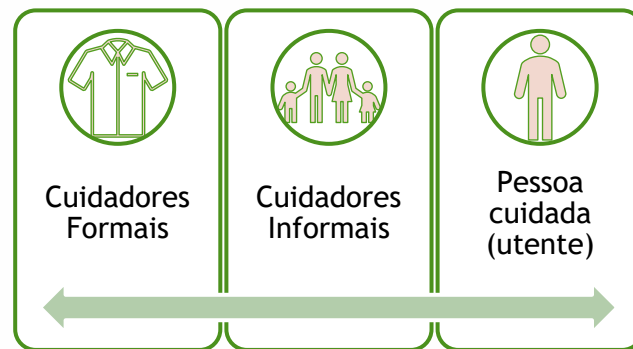
Identificar fatores de risco de ITU's na pessoa cuidada.

Estratégias de Intervenção

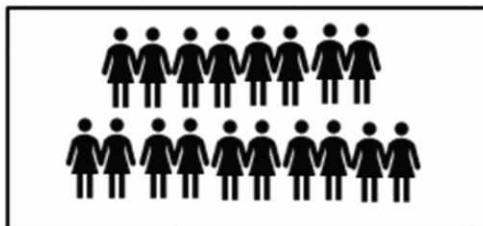
Entrevista a 6 enfermeiros

Recurso a Estatística
Descritiva e Inferencial

Estratégias utilizadas pela equipa e fatores identificados



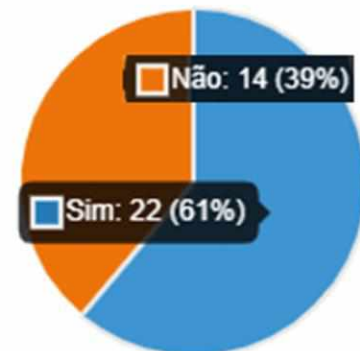
Consulta de 36 processos
Utentes acompanhados no
período compreendido
entre 1/09 e 11/12/2023



18



4



- 61% dos utentes acompanhados em ECCL com registo de ITU
- Predominância de ITU no sexo feminino (81,8%), contudo 72% dos utentes em ECCL são do sexo feminino.
- Os utentes em ECCL apresentam um nível de **Dependência Grave (58%)**;
- A maioria do prestador de cuidados de higiene de utentes com ITU são os Serviços de apoio domiciliário (63,6%);
- Dos doentes com ITU com internamento hospitalar, 59% tem **internamento com ITU** associada.



Estratégias de Intervenção - Sessões do Projeto

1

Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ECCI

1ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária



2

Risco de infeção urinária na pessoa cuidada em ECCI

2ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária



3

NORMA CLÍNICA: 019/2015, atualizada 09/08/2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

3ª Sessão do Projeto de intervenção comunitária



Com o objetivo específico de:

- Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e controlo de fatores de risco;
- Suportar e alicerçar a UCC na implementação de "feixe de intervenções e monitorização" para a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical;
- Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção e controlo de ITU's.



Estratégias de Intervenção – Partilha de Recursos Didáticos

- Procedimento de registos - enfermeiros;
- Folhetos Informativos – Pessoa cuidada e cuidadores;
- Instrumento de monitorização mensal – equipa da UCC;
- Guia de Consulta Rápida - enfermeiros;
- Cartão de Bolso – Pessoa cuidada e cuidadores.





Avaliação do Projeto

- Questionários de Avaliação das Sessões
- Questionários de Avaliação dos Recursos Elaborados
- Questionário de Avaliação de Conhecimentos
- Definidos **12 Indicadores de Processo e de Resultado** – metas definidas atingidas na totalidade

Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

- ✓ Educação e Sensibilização;
- ✓ Desenvolvimento e Implementação de Diretrizes;
- ✓ Avaliação de Risco (ITU);
- ✓ Vigilância e Monitorização;
- ✓ Investigação e Avaliação de Resultados;
- ✓ Comunicação (equipa, pessoa cuidada, família, cuidadores);
- ✓ Advocacia e Liderança;
- ✓ Colaboração Interdisciplinar e Trabalho em Equipa.





Conclusões

- Foi necessária a integração na equipa, no sentido de motivar a sua adesão ao projeto;
- O projeto permitiu a identificação de determinantes de saúde que influenciam o estado de saúde individual e comunitários;
- **Necessidades Sentidas vs Necessidades Reais;**
- A intervenção do enfermeiro comunitário contribuiu para a implementação de práticas baseadas em evidências.



Referências Bibliográficas

- AHRQ. (2021). Safety Program for Improving Antibiotic Stewardship – Long-Term Care Culture Collection 2 CDC Specimen Collection Guidelines. Disponível em: <https://www.cdc.gov/urdo/downloads/SpecCollectionGuidelines.pdf>.
- AHRQ. (2021). Safety Program for Improving Antibiotic Use Urine Culture Collection. 17(21)-0029.
- Centers for Disease Control and Prevention & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2009). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (última atualização: 2017). Recuperado de <http://www.cdc.gov/hicpac>.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses: Inquérito 2012. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos: Plano de Contingência para Infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) em Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.PDF.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Norma Clínica: 019/2015 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, atualizada a 29 de agosto de 2022. Recuperada de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Use in European Acute Care Hospitals 2011-2012. Recuperado de <https://ecdc.europa.eu/en/healthcareassociated-infections-acute-care-hospitals>.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel-Edições Técnicas.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Chiado Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). Regulamento n.º 428/2018. Diário da República, Série II, n.º 135/2018, páginas 19354-19359. Recuperado de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2004). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência. Edições técnicas e científicas.
- Uma Unidade de Cuidados na Comunidade. (2023). Carta de Compromisso.

ANEXOS

ANEXO I - ÍNDICE DE GRAFFAR

ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADA

Grupos	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
12	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadesiros/Generais/Marcehal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona de residência elegante. 	5 - 9	I Classe Alta
24	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores Universitários (S/ Doutoramento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional). 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local. 	10 - 15	II Classe Média Alta
36	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenas Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; (chefes de secção); - Emp. Escritório (grau); - Médicos Agrícolas; - Sargentos e equiparados. 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia. 	14 - 17	III Classe Média
48	<ul style="list-style-type: none"> - Pequenos Agricultores/Rebeldes; - Emp. Escritório (grau); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau); 22-25. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade >= 8 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesta com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairros sociais/operários; - Zona antiga. 	18 - 21	IV Classe Média Baixa
50	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Imóvel (barraca, andar ou ruínas); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairros de lata ou equivalentes. 	22 - 25	V Classe Baixa

ANEXO II - ESCALA DE MORSE (ESTADO MENTAL/PERCEÇÃO MENTAL)

Escala de Quedas de Morse

Manual de Utilização

Índice:

Introdução	3
Tipos de Queda	4
Escala de Quedas de Morse.....	5
Princípios de utilização	6
Antecedentes de Queda/História de Queda	7
Diagnóstico Secundário	8
Apoio na Deambulação	9
Terapia Endovenosa em Perfusão	10
Tipo de Marcha	11
Estado Mental/Percepção Mental	12
Referências Bibliográficas	13

Introdução

A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).

O Enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente a referente às quedas, é um dos seus focos de atenção.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (ICN, 2011, p.42) Cair é: “realizar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”, que se traduz pelo “evento ou episódio – Queda”. Por sua vez, de acordo com Saraiva (2008, p.29), a queda pode ainda ser compreendida como “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”.

Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2012), os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção.

Decorrendo do imperativo de se desenvolverem estratégias para diminuir o número de quedas promovendo a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos clientes, surge a necessidade de se identificarem corretamente os clientes com risco de queda, pois tal como afirma Morse (2009), o aspeto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento. Assim a avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a sua prevenção (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).

Este manual não substitui a necessidade de formação para a utilização da EQM, no entanto pode ser utilizado como uma ferramenta de apoio à mesma. Contudo, pretende-se que este seja um instrumento que auxilie a prática diária dos Enfermeiros, com o intuito de se minimizar a subjetividade de interpretação da EQM e de se conseguir uma uniformização da aplicação da mesma.

Este manual encontra-se dividido em duas partes. Inicialmente são apresentados os diferentes tipos de quedas assim como os princípios básicos de aplicação da escala. Numa segunda fase são explanados todos os elementos constituintes da escala assim como as possibilidades de resposta para que a avaliação seja efetuada com o maior nível de objetividade.

Tipos de Queda

Segundo Morse (2009), as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas como:

Quedas acidentais:

Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a clientes sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não podem ser previstas pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais (Morse, 2009).

Quedas fisiológicas não antecipáveis:

Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de facto. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total das quedas (Morse, 2009).

Quedas fisiológicas antecipáveis:

Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Este tipo de quedas constituem quase 80% do total de quedas e são as potencialmente preveníveis com a utilização da EQM (Morse, 2009).

Escala de Quedas de Morse

Informações da e para a aplicação da escala.

Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989, quando publica o artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse et. al, 1989). Em 1997 publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009.

A escala encontra-se a ser aplicada a nível internacional. Em Portugal é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde indica a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011) . A mesma encontra-se ainda em fase de validação para a população portuguesa.

É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação.

De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

Princípios de Utilização

Princípios básicos para a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse.

- 1: A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
 - 2: A escala deve de ser aplicada a todos os clientes com mais de 18 anos;
 - 3: O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco;
 - 4: Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.
-

Fator de Exclusão na Utilização da Escala de Quedas de Morse:

Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de auto cuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

Nota: A nível institucional a avaliação do risco de queda através da EQM deve ser efetuada no momento da admissão assim como quando existe alteração da condição clinica do cliente ou quando existe uma queda. A autora recomenda que a periodicidade para aplicação da escala seja uma vez por turno.

Antecedentes de Queda/ História de Queda

Não: 0 pontos

Sim: 25 pontos

Instruções

Não:

O cliente não teve nenhum episódio de queda no último ano.

Sim:

O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano (Tinetti, 2003; Morse, 2009). Exemplos incluem quedas resultantes de convulsões ou de uma marcha debilitada anteriormente à admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.

Notas

Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante o presente internamento, então a sua pontuação passa imediatamente de 0 para 25 pontos neste tópico.

Observações

Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico. Por exemplo uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é ras-teirado ou alguém que cai no autocarro porque ia de pé e o condutor travou com intensidade instantaneamente, não se considera como antecedente.

Diagnóstico Secundário

Não: 0 pontos

Sim: 15 pontos

Instruções

Não:

Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.

Sim:

Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.

Notas

Não existe nenhum tópico com medicação pois a escala já a contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.

Observações

Doenças ou condições de saúde do cliente tais como: hipotensão, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como “Diagnósticos Secundários”.

Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresentem interferência na condição física do cliente, não são considerados como diagnósticos secundários.

Apoio na Deambulação

Sem Apoio: 0 pontos
Auxiliar de Marcha: 15 pontos
Apoiado na Móbia: 30 pontos

Instruções

Sem Apoio:

O cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa.

Se usa uma cadeira de rodas e esta adaptado à utilização e transferência autónoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para a cadeira de rodas.

Se está em repouso e cumpre o repouso na cama, não saindo da mesma.

Auxiliar de Marcha:

Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).

Apoiado na Móbia:

Se anda apoiando-se na móbia, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair).

Notas

A utilização de suporte rodado não pode ser considerado como “Apoio na Deambulação” uma vez que já se encontra contabilizado no item “Terapia Endovenosa em Perfusão”.

Observações

Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico “Tipo de Marcha”.

Terapia Endovenosa em Perfusão

Não: 0 pontos

Sim: 20 pontos

Instruções

Não:

O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.

Sim:

O cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão.

O cliente apenas se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa. Portanto, se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 pontos.

Notas

Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bólus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão.

Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como por exemplo perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.

Observações

Este item encontra-se atualmente na escala como “Terapia Endovenosa/Heparina”, o termo heparina foi usado com o intuito de se tentar demonstrar a necessidade de perfusão, pois em alguns casos a heparina endovenosa é usada em perfusão contínua (durante longos períodos).

Tipo de Marcha

Normal: 0 pontos

Desequilíbrio Fácil: 10 pontos

Défice de Marcha: 20 pontos

Instruções

Normal:

O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação.

O cliente move-se em cadeira de rodas (encontrando-se totalmente adaptado à utilização e transferência autónoma para e da cadeira de rodas e/ou é sempre transferido por alguém de e para a cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.

Desequilíbrio Fácil:

O cliente anda curvado mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, fá-lo de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.

Défice de Marcha:

O cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé.

Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor porque apresenta um défice de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência.

Ao ajudar o cliente a andar, o/a enfermeiro(a) aperceber-se-á que ele/ela segura a sua mão com força, ou quando agarra um corrimão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente dá passos curtos e vacila.

Observações

Se o cliente está numa cadeira de rodas, terá uma pontuação de acordo com a sua capacidade de se transferir da cadeira de rodas para a cama e vice-versa (de acordo com o que já é referido nas instruções).

Estado Mental / Perceção Mental

Consciente das suas Limitações: 0 pontos
Não consciente das suas Limitações: 15 pontos

Instruções

Consciente das suas Limitações:

O estado mental é avaliado através da verificação da auto-avaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar.

Questione o cliente: "É capaz de ir à casa de banho sozinho?" ou "Precisa de ajuda?". Se a resposta do cliente ao julgar a sua própria capacidade é consistente com as prescrições/perceções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.

Não Consciente das suas Limitações:

Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.

Notas

O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

Observações

Um cliente confuso não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crónica ou intermitente.

Referências Bibliográficas

Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., Roth, E. A., Shekelle, P. G.— Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 2004.

Comité Internacional De Enfermeiros—Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), 2011, ISBN: 9789295094352.

Morse, J., et. al - Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient—*Canadian Journal on Aging*, 1989, Vol. 8, Nº4.

Morse, J.—*Preventing Patient Falls – Second Edition*, Springer Publishing Company, LLC, 2009, New York. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

Saraiva, D. M. R. F. [et al.] – Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*. Lisboa, 2008, Ano 18, Nº 235, p. 28-35.

Tinetti M.—*Preventing Falls in Elderly Persons*. *The New England Journal of Medicine*, 2003; 384;1: 42-49.

World Health Organization - Falls, [em linha]. 2012 [Consult. 16 Fev. 2013. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>.

Anotações

ANEXO III - ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____

Idade: _____

<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>					
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>					
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>					
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>					
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>					
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>						
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>					Pontuação total				

ANEXO IV - ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ___/___/____ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

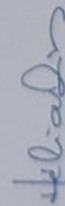
Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	
100 pontos – totalmente independente	75 a 51 pontos - dependência moderada
99 a 76 pontos – dependência leve	50 a 26 pontos – dependência severa
	25 e menos pontos – dependência total

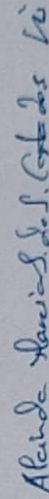
ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSO

CERTIFICADO

Certifica-se que **Beatriz Lopes** proferiu a conferência “Prevenção das Infecções Associadas aos cuidados de saúde em Equipa de Cuidados Continuados Integrados” no 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que decorreu na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Politécnico de Santarém, nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2024.



Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém



Presidente da Comissão Científica do Congresso

ANEXO VI – CERTIFICADO DE ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

1º Congresso Internacional
de Enfermagem de Saúde Comunitária
e de Saúde Pública

CERTIFICADO

Certifica-se que **Beatriz Lopes** integrou a comissão organizadora do 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que decorreu na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Politécnico de Santarém, nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2024.

Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém

Presidente da Comissão Científica do Congresso