



AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE O FEIXE DE
INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A
CATETER VESICAL

Luísa Margarida Alves Rodrigues nº 28152

Relatório Final de estágio profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Orientador Científico – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, novembro de 2023

Rodrigues LMA. (2023) Avaliação do Conhecimento Dos Enfermeiros Sobre o Feixe De Intervenções De Prevenção Da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança

Comprovativo da submissão do artigo.



“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 primeiramente à Orientadora, Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins, pelo profissionalismo no uso das suas competências, bem como pela motivação e interesse em propor melhorias constantes no documento. Ao Nuno Afonso, Maria Afonso, Margarida Afonso e claro à minha mãe e irmã por me apoiarem incondicionalmente nos passos que vou dando na minha formação (pessoal e profissional) e, à restante família por todo o carinho e suporte que me foi dado. Aos meus amigos Isabel Quina, Filipa Pires, Eliana Melro, Joana Serra, Tânia Oliveira, Vítor Reais, Pedro Neves e Paulo Paixão pela paciência e pelo incentivo constante para concluir esta nova etapa da minha vida. Aos colegas do Serviço de Medicina Interna pelo apoio que me deram para concluir o trabalho. Às colegas Isabel Berça, Daniela Neves e Sílvia Bento pela motivação e em especial pela paciência em me ouvirem. A Todos os Profissionais que responderam ao questionário, tornando este estudo possível. A Todos, o meu Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: As infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical são uma realidade constante, associada aos cuidados de saúde, sendo a causa principal da morbilidade, prolongamento do período de internamento e dos custos relacionados. A norma da Direção Geral de Saúde: “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada Ao Cateter Vesical” surge no sentido de uniformizar as intervenções de Enfermagem. Este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical numa unidade local de saúde do norte de Portugal.

Metodologia: Estudo transversal analítico, realizado em 103 enfermeiros numa população de 731 de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Os critérios de inclusão: Enfermeiros que estão diretamente na prestação de cuidados. O instrumento de recolha de dados foi um questionário, via Google Forms, constituído por duas partes: a primeira com questões sobre a caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda sobre as intervenções de enfermagem em relação ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Para a recolha de dados foi solicitado ao enfermeiro diretor o envio do link do IRD aos enfermeiros gestores e por sua vez estes a cada elemento da sua equipa. O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética n.º 5/2023.

Resultados: O conhecimento dos enfermeiros no geral revela-se moderado (74,8%). Há maior predomínio no sexo feminino (86,4%), idade entre os 36 e 40 anos, casados (58,3%), licenciatura (74,8%), enfermeiros generalistas (63,1%), contrato individual de trabalho sem termo (62,1%), tempo de serviço médio $41,66 \pm 7,61$ anos, hospital como local de trabalho (87,4%), horário por turnos (85,4%), formação sobre a prevenção da IUACV (69,9%) e conhecimento da existência de norma sobre a prevenção da IUACV (92,2%). Verificou-se relação, estatisticamente significativa, entre o conhecimento do feixe e a formação. O sexo feminino apresenta mais conhecimento no Elemento “Cumprir técnica assética no procedimento de cateterização vesical e conexão ao sistema de drenagem”, e os enfermeiros especialistas mostram mais conhecimento no elemento “Manter o CV seguro com o saco coletor abaixo do nível da bexiga...”. Os enfermeiros com formação apresentam um

conhecimento global superior e mostram mais conhecimento no Elemento “Cumprir técnica asséptica no procedimento de CV e conexão ao sistema de drenagem” e “Avaliar diariamente a possibilidade de remover o CV, retirando-o logo que possível...”

Conclusão: O conhecimento dos enfermeiros é moderado. A formação associou-se com o conhecimento; o sexo e a categoria profissional associaram-se com alguns elementos do feixe. Sugere-se implementação de “Bundles” para uniformizar intervenções, a promoção de formação contínua e académica e a realização de outros estudos.

Palavras-chave: Infecções Urinárias, ITU, Cateteres, Cateteres Urinários, Cuidados de Enfermagem,

Abstract

Introduction: Urinary tract infections associated with bladder catheters are a constant reality associated with healthcare, and are the main cause of morbidity, prolonged hospitalization and related costs. The General Directorate of Health's standard: "Interventions for the Prevention of Bladder Catheter-Associated Urinary Tract Infection", aims to standardize nursing interventions. The aim of this study was to analyze nurses' knowledge of the Bundle of Interventions for the Prevention of Bladder Catheter-Associated Urinary Tract Infection in a local health unit in northern Portugal.

Methodology: Analytical cross-sectional study carried out on 103 nurses in a population of 731 from a Local Health Unit in the north of Portugal. Inclusion criteria: Nurses directly involved in the provision of care. The data collection instrument was a questionnaire, via Google Forms, consisting of two parts: the first with questions on sociodemographic and professional characterization and the second on nursing interventions in relation to the Bundle of Interventions for the Prevention of Bladder Catheter-Associated Urinary Tract Infection. To collect the data, the nurse manager was asked to send the IRD link to the nurse managers, who in turn sent it to each member of their team. The study received a favorable opinion from the Ethics Committee No. 5/2023.

Results: Nurses' knowledge overall is shown to be moderate (74.8%). There was a greater predominance of females (86.4%), average age between 36 and 40 years, married (58.3%), university degree (74.8%), generalist nurses (63.1%), individual employment contract

without term (62.1%), average length of service 41, 66 ± 7.61 years, hospital as place of work (87.4%), shift work (85.4%), training in the prevention of IUACV (69.9%) and knowledge of the existence of regulations on the prevention of IUACV (92.2%). There was a statistically significant relationship between knowledge of the beam and training. Females showed more knowledge in the element "Comply with aseptic technique in the bladder catheterization procedure and connection to the drainage system", and specialist nurses showed more knowledge in the element "Keep the CV secure with the collection bag below the level of the bladder...". Trained nurses have a higher overall knowledge and show more knowledge in the Element "Comply with aseptic technique in the CV procedure and connection to the drainage system" and "Evaluate daily the possibility of removing the CV, removing it as soon as possible...".

Conclusion: Nurses' knowledge is moderate. Training was associated with knowledge, gender and professional category were associated with some elements of the bundle. It is suggested that "Bundles" be implemented to standardize interventions, that continuing and academic training be promoted and that further studies be carried out.

Key Words: Urinary Tract Infections; ITU; Catheters; Urinary Catheters; Nursing Care

Siglas/ acrónimos

ACES- Agrupamento de Centro de Saúde

CDC- Centre Disease Control

CV- Cateter Vesical

DGS- Direção Geral da Saúde

ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control

EU/EEA- European Union and European Economic Área

HICPAC- Healthcare Infection Control Practices Advisory Communittee

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IH- Infecção Hospitalar

ITU- Infecção do Trato Urinário

IUACV- Infecção Urinário Associada ao Cateter Vesical

NHSN- National Healthcare Safety Network

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAPA- Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica

PCI- Prevenção e Controlo da Infecção

PNSD- Plano Nacional para a Segurança nos Doentes

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM- Resistência dos Microorganismos aos Antimicrobianos

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UL-PPCIRA- Unidades Locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	16
1. Segurança do doente	17
2. Infecções associadas aos cuidados de saúde.....	20
3. Infecção urinária associada a cateterismo vesical	22
4. Feixe de Intervenções para a prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical	26
5- A importância do Enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateter vesical.....	29
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO	32
1. METODOLOGIA.....	33
1.1. População e amostra	33
1.2. Instrumento de recolha de dados	34
1.3. Procedimentos éticos e de recolha de dados	35
1.4. Variáveis do estudo.....	36
1.5. Procedimentos de análise dos dados	38
3-APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS	38
4-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Anexos	79
Anexo I - Elementos do Feixe de Intervenções (DGS).....	80
Anexo II Instrumento de auditoria clínica interna	83
Anexo III Instrumento de recolha de dados	85
Anexo IV Autorização da Comissão de Ética	93
Apêndice.....	87
Relatório de estágio	87

Índice de tabelas

Tabela 1 . Indicação para colocação de cateter vesical	25
Tabela 2 . Elementos do Feixe de Intervenções	34
Tabela 3. Operacionalização e categorização das variáveis.....	36
Tabela 4. Caraterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas	40
Tabela 5. Caraterização da amostra quanto às variáveis profissionais.....	40
Tabela 6. Caraterização da amostra quanto ao local onde exerce funções e o tipo de horário	41
Tabela 7. Distribuição dos participantes por Formação e existência de Normas de prevenção de infecção associada a cateter vesical	42
Tabela 8. Distribuição das Intervenções de enfermagem sobre o feixe de intervenções	44
Tabela 9. Conhecimento dos enfermeiros nos elementos associados às intervenções de enfermagem com o cateter vesical.....	46
Tabela 10. Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis sociodemográficas.....	46
Tabela 11. Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis profissionais	47
Tabela 12 .Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis relacionadas com o local onde exerce funções, tipo de horário, formação e norma de serviço	48
Tabela 13. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por sexo	48
Tabela 14. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por estado civil.....	49
Tabela 15. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por habilitações literárias	50
Tabela 16. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por categoria profissional.....	51
Tabela 17. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por tipo de vínculo	51

Tabela 18. Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções atendendo à formação.....	52
Tabela 19. Correlações entre o conhecimento dos elementos do feixe de intervenções com a idade e tempo de serviço	53

INTRODUÇÃO

O direito à preservação da saúde é um bem plasmado nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 - Legislação Consolidada, 1976). Na mesma sequência, no preâmbulo do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) consta a Lei de Bases da Saúde, na Base 1, referente ao direito à proteção da saúde – onde a segurança do doente consiste numa das suas dimensões ou elementos básicos, onde é referenciada a Base 2 onde consta que os sujeitos têm o direito a aceder aos cuidados de saúde acompanhando os princípios de qualidade e segurança em saúde (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021), evidenciando o destaque que o legislador dá à qualidade e segurança dos doentes.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) “é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p 4). As IACS, são definidas por infeções adquiridas por doentes no decorrer da prestação de cuidados de saúde, a outras doenças, em ambiente hospitalar, clínicas, centros de saúde ou lares de idosos (Thandar et al., 2022). Estas infeções arcam cada vez maior relevância no mundo e constituem-se como fatores evitáveis de morbidade e mortalidade (Najjar-Debbiny et al., 2022), tal como aumento da duração do internamento (Stewart et al., 2021) e custos económicos excessivos associados (Manoukian et al., 2021). Uma redução de 10% na taxa de incidência de IH (Infecção Hospitalar) poderia aumentar em 5800 dias de camas disponíveis por ano, permitir tratar mais doentes e possibilitar custos controlados (Stewart et al., 2021). Uma infeção nosocomial advém durante a prestação de cuidados no hospital, a um doente, quando esta não se encontrava em incubação no durante a admissão hospitalar. Ainda se incluem as infeções contraídas no hospital que apenas se desenvolvem depois da alta, assim como as infeções contraídas pelos profissionais de saúde, associadas à prestação de cuidados (Sousa & Mendes, 2019).

Quatro tipos de infeções são responsáveis por mais de 80% de todas as infeções nosocomiais: a infeção do trato urinário (ITU) (geralmente relacionada com cateteres); a infeção do local cirúrgico; a infeção da corrente sanguínea (geralmente associada à utilização de um

dispositivo intravascular); e, a pneumonia (geralmente associada a um ventilador) (Schreiber et al., 2018).

A DGS em 2015 surge com quatro bundles para o controlo das IACS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central; “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação; “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical e “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Em 2017 a vigilância das Infecções em Unidades de Cuidados Intensivos a densidade de incidência de Pneumonia associada ao Ventilador (PAV) por 1 000 dias de entubação diminuiu 10,81% em relação a 2013 e a densidade de incidência de bacteriemia por 1 000 dias de cateter diminuiu 30,77% face ao mesmo ano enunciado. Relativamente à Vigilância das Infecções do Local Cirúrgico (ILC) a incidência cumulativa de ILC por 100 cidadãos sujeitos a cirurgia diminuiu 12,76% face a 2013 segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA, 2018).

Em 2017 a incidência de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea por 1 000 dias de internamento reduziu em 10,61% face ao valor máximo atingido em 2015 (1,32%). Houve diminuição da prevalência das IACS em ambiente hospitalar (para 7,8%) (PPCIRA,2018)

A ITU associada à algália é um dos motivos mais frequentes de IACS. A duração do cateterismo é o fator mais importante no desenvolvimento de bacteriúria, com risco de 3–7% ao dia, e risco de ITU de 0,3% por dia de cateter (Werneburg, 2022). Os prestadores de cuidados devem zelar pela prevenção destas condições, uma vez que há estudos que mostram que 30%–35% das IACS são evitáveis com os planos de controlo de infeção devidamente implementados (Schreiber et al., 2018).

Perante as conclusões do estudo de prevalência de infeção contraída a nível hospitalar e do consumo de antimicrobianos a nível hospitalar em Portugal, elaborado em 2012, a infeção que advém do meio hospitalar é elevada em relação ao que se confirma nos hospitais a nível europeu (10,6% versus 6,1%) (DGS, 2013), tendo-se verificado uma tendência decrescente, em Portugal, em 2017 com 7.8% (PPCIRA, 2018).

Considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros como intervenções autónomas ou interdependentes que são realizadas no respetivo campo de ação profissional (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), observa-se que se deve dar especial relevância a estas

intervenções como fator de impacto na prevenção. A progressiva relevância das intervenções autónomas de enfermagem, na prevenção da infeção, deve fazer a diferença nos *outcomes* do doente. Acresce que a valorização da Enfermagem, também, se deve fazer pela investigação e pela diferenciação.

Por este motivo definimos como objetivo geral: Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical numa unidade local de saúde do norte de Portugal.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra do estudo;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical numa unidade local de saúde do norte de Portugal;
- Analisar a relação do conhecimento dos enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical com as características sociodemográficas e profissionais.

A estrutura do trabalho é constituída por quatro partes, o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico, a apresentação e análise dos resultados, a discussão e conclusão dos resultados.

Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico do problema onde é feito o suporte através de uma revisão teórica sobre o objetivo da investigação de modo a ajustar o estado de arte deste estudo. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico onde é descrita a metodologia apresentando o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis e os procedimentos formais e éticos; a apresentação, a análise dos resultados e a discussão dos resultados. No final surgem as conclusões mais relevantes e as sugestões, dando ênfase aos pontos essenciais do estudo e evidenciando as limitações dos resultados. Por último, o apêndice, que corresponde ao relatório de estágio. Este trabalho consiste no relatório final de estágio profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Segurança do doente

O aspeto da segurança no doente emerge após uma crise de má conduta nos Estados Unidos da América (EUA), colocando em sobreaviso as entidades de saúde dos EUA, devido ao relatório “To Err is Human” do American Institute of Medicine precursores do movimento “Patient safety movement”. O Relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System” resulta numa sequela para o conceito de “gestão do risco em unidades de saúde” no qual a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, toma como foco da segurança do doente e do sistema (America et al., 2000). Desde então, a OMS desenvolveu ao longo dos anos o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente, estando a decorrer o plano de 2021-2030 da OMS.

Na lei de Bases da Saúde na Base 2 consta como a população possui o direito de usufruir de cuidados de saúde apropriados ao contexto em que encontra, com brevidade e em tempo medicamente admissível, com dignidade e em harmonia com excelentes provas científicas e acompanhando o bom exercício de segurança e qualidade em saúde (Assembleia da República, 2019). A Direção Geral da Saúde (DGS) converteu-se, a nível nacional, na instituição mais importante em relação à segurança do doente. No Despacho publicado em 2013 (Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 3635/2013, publicado a 7 de março no DR, n.º47, 2.ª série, p.8529), refere como as instituições públicas que prestam de cuidados de saúde necessitam da elaboração de um plano anual, que explique os programas e a planificação com o propósito de desenvolver, dirigindo a atenção para os objetivos estratégicos e as ações estabelecidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, perante um plano determinado pelo Departamento da Qualidade na Saúde. O novo PNSD diz que “o direito à proteção da saúde é tutelado, nos termos do artigo 64º da Constituição da república Portuguesa, como um direito fundamental, um direito social (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p.96).”

As ações da DGS resultaram na criação do Departamento da Qualidade na Saúde, por via da Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, e culminaram com a publicação do Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro, que determina a criação de estruturas que facilitem o planeamento de modelos de prestação de cuidados de saúde adequados, integrados, para a consolidação da segurança da prestação de cuidados de saúde, como a implementação de um sistema de monitorização e avaliação que permita fundamentar as tomadas de decisão e

estabelecer nexos de causalidade entre as medidas estratégicas de qualidade na saúde e os indicadores globais de saúde. A segurança do doente é influenciada pelas condições da prestação de cuidados nas suas diversas dimensões, o que pode determinar uma prioridade de saúde pública. Os episódios de incidentes relacionados com a segurança no decorrer da prestação de cuidados de saúde fazem parte do panorama dos sistemas de saúde atuais (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021), entre estes incidentes estão as infeções.

Ao longo de cinco anos (2015-2020), o PNSD favoreceu a segurança da pessoa no Sistema Nacional de Saúde (SNS), promovendo a evolução positiva de assuntos como o ambiente de segurança, a identificação inequívoca de doentes, o ambiente cirúrgico seguro, a prevenção das úlceras por pressão, a segurança na medicação, a prevenção de quedas, a prevenção das IACS, incluindo da participação de incidentes de segurança. A DGS, acompanhando o PNSD e identificando a relevância da notificação de incidentes de segurança, concebeu o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), agregou-se ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, I. P. e ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. O resultado da concretização do PNSD 2015-2020, tal como a sua avaliação, foram aspetos decisivos na preparação do novo PNSD 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que se estabeleceu num processo compartilhado de auscultação de especialistas e parceiros nacionais e internacionais. Este programa une a informação mais avançada na área da segurança do doente integrando e recorrendo, aos responsáveis do governo, diretores e gestores das organizações de saúde e das organizações com obrigações no âmbito da qualidade, segurança do utente, controle do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, familiares e cuidadores (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021, p.97). O PNSD 2021-2026 tem como meta fortalecer e fomentar a prestação de cuidados seguros, incluindo os sistemas de saúde atuais, no domicílio e na tele saúde, não descurando os propósitos que suportam o âmbito da segurança do doente, envolvendo a comunicação e a aplicação constante, em ambientes de elevada complexidade, de práticas seguras. Diminuir, no mínimo 30 %, em cada unidade hospitalar ou organização de saúde, a incidência da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (IUACV), da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada à ventilação e da infeção do local cirúrgico contempla os objetivos do PNSD (2021-2026).

O PNSD (2021-2026) encontra-se a par com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, mostrando-se ativo no sentido de poder modificar-se no decorrer da sua execução, ajustando-se a novos requisitos e estímulos no âmbito do doente seguro. Sendo Portugal em 2011/2012 um dos países europeus com a mais alta incidência de IH, desde então, a redução tem vindo a revelar uma tendência progressiva, sendo o projeto STOP Infecção Hospitalar, que se desenvolveu entre 2015-2018, o incentivo dessa redução. Durante este período, houve redução de 51% a incidência de IUACV; 56% da incidência de infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter vascular central; 51% a incidência de pneumonia relacionada com a intubação (utilização do ventilador – ventilação invasiva); 55% da taxa de infeção do local cirúrgico em ortopedia e de 52% a taxa de infeção do local cirúrgico relacionada com a cirurgia da vesícula biliar (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018).

Pretende-se agora, com o novo projeto, potenciar e alargar estes resultados positivos (DGS, 2022). Em outubro de 2022, a DGS lança a informação para um aumento de 22 instituições hospitalares, do programa STOP-Infecção Hospitalar 2.0, que consiste num projeto do PPCIRA e da DGS, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e o apoio técnico-científico do Institute for Health Improvement, cujo intuito será reduzir a incidência da infeção IH hospitalar em 50%, no período de 3 anos. A DGS e o Ministério da Saúde admitem a relevância deste projeto nos hospitais e implementam os propósitos plasmados no PNSD 2021-2026 e no Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, que considera a participação da instituição no “STOP-Infecção Hospitalar 2.0” um indicador do Índice de Qualidade do PPCIRA e parte integrante do procedimento de contratualização dos estabelecimentos prestadores de saúde do SNS. Ainda em 2022, com a atualização do PPCIRA, as entidades prestadoras de cuidados do SNS, particularmente os ACES, as instituições hospitalares, as ULS e as unidades da RNCCI, devem implementar um Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), orientado pela UL-PPCIRA. O PAPA tem como objetivo evitar a prescrição desnecessária e otimizar a terapêutica antimicrobiana, reduzindo a toma prolongada ou o impacto ecológico ampliado. As entidades devem capacitar-se de condutas restritivas e eficientes, na área educacional e comportamental, abrangendo a comunicação sobre métricas e indicadores de prescrição por unidade de saúde, por serviço e por prescriptor.

Segundo a Ordem dos enfermeiros, prevenir e controlar as IACS em unidades de saúde, instituições de apoio social e na comunidade faz parte da Prevenção e Controlo de Infeção (PCI), alicerçada na evidência científica, antecipando eventos adversos associados às infeções, em indivíduos sujeitos a cuidados de saúde ou nos profissionais de saúde. A PCI carece de uma ação permanente em cada nível do sistema de saúde, desde órgãos políticos, administradores hospitalares, profissionais de saúde e quem acede aos serviços de saúde (OE, 2021). Em 2021, a OE publica o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em PCI, no qual é traçada a área de exercício profissional que permite a qualidade dos cuidados de saúde, fomentando a cultura de segurança e a prática profissional segura. O seu objetivo focaliza-se na gestão de risco, recorrendo à conceção, à implementação e à gestão do PPCIRA, promovendo o aperfeiçoamento da qualidade, na precaução epidemiológica, na investigação, na prática clínica, na educação e na literacia, preparando os profissionais de saúde, os utentes, os familiares/cuidadores, tendo em vista a planificação e a prestação de cuidados seguros, num ambiente multidisciplinar. O Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em PCI define Enfermeiro em PCI como um profissional que possui conhecimento efetivo e sustentado do exercício profissional no setor da PCI, que deve atuar como um facilitador e consultor na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados, em ambiente multidisciplinar. O enfermeiro em PCI apresenta um conhecimento específico e sistematizado, impõe um processo dinâmico e total dos elementos essenciais em PCI, promove um exercício profissional em conformidade com os princípios legais, de forma ética e deontológica, permitindo o exercício profissional baseado na clareza científica, privilegiando a segurança e progresso constante da qualidade dos cuidados de saúde e da prática profissional (OE, 2021).

2. Infeções associadas aos cuidados de saúde

As IACS consideram-se infeções contraídas pelo doente, resultantes das atitudes e cuidados prestados, que permaneciam ausentes ou em incubação no momento da admissão (Cardoso, 2015). Inicialmente denominadas de infeções nosocomiais ou IH, a definição progrediu para uma definição mais ampla, mencionando-se não só às infeções adquiridas em meio hospitalar, como em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2007). Neste

momento, esse conceito foi aumentado e fala-se em IACS incluindo situações associadas à prestação de cuidados de saúde, onde quer que os cuidados aconteçam, como resultado da prestação de cuidados. (Sousa & Mendes, 2019). A OE (2021) tem como definição para IACS, a infeção adquirida durante a prestação de cuidados, seja qual for o local onde é realizada a prestação dos cuidados (unidades de saúde, instituições de apoio social e comunidade) e do tipo de cuidados, abrangendo as infeções dos profissionais adquiridas em contexto profissional.

As IACS estão profundamente ligadas ao crescimento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), com complicações alarmantes para os utentes, instituições de saúde e sociedade em geral, como o incremento da morbilidade, mortalidade, aumento do tempo de hospitalização e gastos em saúde mais elevados, com um impacto cada vez mais evidente a nível mundial (DGS, 2018). As IACS aumentam a morbilidade e mortalidade de uma faixa etária preferencialmente sénior e mais dependente, assim como, a hospitalização elevada e vários internamentos consecutivos com mobilidade frequente de utentes, aumentando o contributo para o risco de infeção (DGS, 2022). Dentro do contexto do Programa Saúde Prioritário - PPCIRA as IACS são um obstáculo ao procedimento clínico apropriado para o doente e são motivo de considerável morbimortalidade, incluindo a utilização acrescida de recursos a nível hospitalar e comunitário (DGS, 2017). Esta dificuldade aparenta revelar um dos grandes problemas de saúde pública (Zimlichman et al., 2013). De salientar que, claramente, se podem evitar cerca de um terço das IACS (DGS, 2017), com autores que mencionam que cerca de 50% podem ser prevenidas (Zimlichman et al., 2013).

Associadas às IACS encontram-se as bactérias multirresistentes, as referências da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) relevam que anualmente podem ocorrer 671689 infeções por bactérias multirresistentes na EU/EEA (European Union and European Economic Area), levando a 33110 mortes, com gastos de cerca de 1,1 biliões de euros. Em Portugal, segundo a OCDE, projeta-se uma previsão de maior repercussão, entre 2015-2050, com uma mortalidade de ano a ano de 11,34/100000 indivíduos (1167 mortes), diminuindo a qualidade de vida, ou seja, anos de vida saudáveis perdidos, de 260,392/100000 pessoas (OCDE, 2018).

As IACS e o aumento da RAM estão relacionados e têm vindo a crescer a nível mundial. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem estar atentas às consequências IACS e ao seu efeito nos beneficiários, nas unidades de saúde e na sociedade (DGS, 2017).

Segundo o PPCIRA, a prevenção das IACS é realizada através do cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção de infeção, da vigilância do consumo de antimicrobianos e da RAM, através da observação epidemiológica da infeção de local cirúrgico, da bacteriemia associada ao cateter vascular central, da pneumonia associada ao tubo endotraqueal e da IUACV (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022).

3. Infeção urinária associada a cateterismo vesical

A técnica de algaliação, consiste na inserção do CV (Cateter Vesical) da uretra até a bexiga, tendo como objetivo drenar urina a pessoas com alterações da eliminação urinária, tornando-se um procedimento invasivo, que pode ser contínuo ou intermitente (CDC & HICPAC, 2019). A Nacional *Healthcare Safety Network* (NHSN) descreve um cateter urinário como um tubo de drenagem que é inserido na bexiga urinária através da uretra, de forma assética é deixado no lugar e conectado a uma bolsa de drenagem, estes dispositivos também são chamados de cateteres de *Foley* (NHSN, 2023).

Por ITU entende-se um estado de infeção, provocado através de um microrganismo patogénico presente nas vias urinárias (Oliveira et al., 2014). As Infeções urinárias podem classificar-se em sintomáticas e assintomáticas. O diagnóstico é feito de acordo com critérios clínicos e laboratoriais. Clinicamente as ITUs, como a uretrite e cistite, podem apresentar-se através de disúria, polaquiúria, hematúria, urina turva ou com cheiro forte e queixas álgicas na região suprapúbica; no que respeita à ITU superior, como a pielonefrite, a sintomatologia envolve calafrios, pirexia, queixas álgicas a nível lombar, náuseas e vômitos (DGS, 2011). As ITUs sem sintomatologia são diagnosticadas, unicamente, através de dados laboratoriais, após colheita de urina de forma assética, confirmando-se pela existência de bacteriúria significativa ($>10^5$ UFC/ml) numa colheita de urina, realizada de forma assética (DGS, 2011). O diagnóstico IUACV é realizado através de dados clínicos e laboratoriais. O CDC (2023) define a obrigação de passar por 3 critérios em simultâneo, no dia do diagnóstico: 1- CV no mínimo 2 dias seguidos prévios à data do diagnóstico, mesmo que a remoção tenha

sido durante as últimas 48h; 2- mostrar no mínimo, sem outras causas associadas, um dos sinais e sintomas: febre ($>38^{\circ}\text{C}$); algias ou incómodo suprapúbico; algias ou incómodo costovertebral; urgência em urinar; polaquiúria e/ou disúria (no caso dos últimos três, são considerados caso o indivíduo já não apresente CV); 3- A análise da cultura de urina deve resultar no máximo em dois tipos de microrganismos, um dos quais deve ser uma bactéria com frequência superior a 10^5 UFC/ml.

Considerando as tendências das resistências aos antimicrobianos, particularmente pelos microrganismos Gram-negativos, a vigilância ITU tem o potencial de se tornar cada vez mais importante no futuro (Mitchell & Ferguson, 2016). As ITU representam até um terço de todas as IH (Redder et al., 2016). As ITU ressaltam pela grande prevalência e associação à utilização de CV (Lobão & Sousa, 2016). O CV tem vindo a tornar-se um fator de risco associado à ITU, cerca de 80% das ITU estão relacionadas com a utilização de CV, no entanto, a sua inserção é fundamental na prestação de cuidados de saúde em várias situações. O maior ou menor risco de ITU é marcado pela regularidade com que os doentes são algaliados e o tempo de CV, a cada dia de algaliação aumenta em 5% o risco de adquirir uma ITU, por outro lado, para os microrganismos multirresistentes a bexiga é um ótimo habitat (OE, 2021). O precursor da ITU associada à algália é a bacteriúria, que se desenvolve a uma taxa média de 3% a 10% por cada dia CV (Chenoweth, 2021). O CDC (2023) estima que aproximadamente 12% a 16% dos pacientes adultos internados em hospitais terão um CV, em algum momento, durante o seu internamento e a cada dia que o CV é mantido, acresce o risco de 3% a 7% de contrair uma IUACV. O inquérito de prevalência realizado, a nível europeu, pelo *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2011-2012) divulgou que a ITU, foi a terceira IACS mais mencionada pelos hospitais e, desta, 59,5% em associação à presença de CV (ECDC, 2013). Neste estudo, Portugal apresentava uma prevalência de ITU de 21,1% e, acompanhando os países europeus, com forte vínculo ao CV, com uma taxa de 32%, em comparação com os 9,7% de infeções em indivíduos sem CV (DGS, 2013a). No estudo de prevalência concretizado em 2017, não foram apresentadas informações relativas às IUACV, no entanto, há referência, que nas Unidades de Cuidados Integrados, a infeção mais recorrente foi a ITU, com 34,48% (DGS, 2018). Cardoso (2015), refere que a técnica de colocação do CV, o tipo de cateter utilizado, o tempo de permanência

do CV, a condição do utente e a qualidade das intervenções de manutenção à pessoa com CV são ações essenciais que alteram o risco de ITU.

O relatório da NHSN, (2013), revela que a taxa média de uso de CV a nível hospitalar nos EUA, oscilou entre 0,02 e 0,72 dias de cateter por dias de hospitalização e a taxa de IUACV, conforme o serviço onde o utente foi internado, oscilou entre 0 e 5,3 infeções por 1000 dias de hospitalização. O mesmo estudo relata que nos serviços de medicina interna os valores apresentados são de 1,5 infeções por mil dias de CV, um valor considerável; nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços cirúrgicos são os serviços onde se revelam taxas mais altas de IUACV.

As ITU são a quinta infeção mais frequente relacionada com os cuidados de saúde, com estimativa de 62.700 ITUs em hospitais dos estados unidos em 2015. As ITUs também representam mais de 9,5% das infeções comunicadas por hospitais de cuidados intensivos. Praticamente todas as ITUs associadas aos cuidados de saúde são causadas por cateterismo do trato urinário (NHSN, 2023). A ITU é considerada uma infeção primária; nunca é considerada secundário a outro local de infeção (NHSN, 2023).

Os fatores de risco para ITU em doentes algaliados são diversos: as mulheres têm um risco superior de bacteriúria em comparação com os homens e a colonização bacteriana do períneo amplia esse risco; comorbidades, idade superior a 50 anos, alteração não cirúrgica, hospitalização em serviço ortopédico ou urológico, introdução do cateter depois do sexto dia de internamento, cateter colocado fora da sala de cirurgia, diabetes mellitus, creatinina sérica superior a 2 mg/dL na altura do CV e a não adesão às recomendações de cuidados (Chenoweth, 2021). Perceber e conhecer as indicações para colocação das algalias é um fator de grande importância. Estas indicações são consensuais na literatura tendo sido atualizadas em 2019 pelo CDC sendo as seguintes, de acordo com as *Guidelines for prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections* (CDC, 2019).

Tabela 1

Indicação para colocação de cateter vesical

A. Indicação adequada

Na retenção urinária aguda ou obstrução

Necessidade de medições precisas de débito urinário em doentes críticos

No peri-operatório em procedimentos cirúrgicos específicos como a cirurgia urológica ou outra cirurgia em estruturas contíguas do trato génito-urinário

Na antecipação de cirurgia prolongada

Em Pacientes a quem se prevê fazer infusão de grandes volumes ou diuréticos durante a cirurgia

Necessidade de monitorização intraoperatória do débito urinário;

Para ajudar na cicatrização de feridas abertas na região sagrada ou perineal em doentes incontinentes

Em doentes que requeiram imobilização prolongada (instabilidade do tórax ou coluna lombar, múltiplas lesões traumáticas, como fraturas de bacia)

Para melhorar o conforto para o fim da vida, se necessário

B. Indicação inadequada

Como um substituto para cuidados de enfermagem ao doente com incontinência;

Como um meio de obtenção de urina para a cultura ou outros testes de diagnóstico quando o paciente pode colaborar voluntariamente

Para a duração prolongada no pós-operatório sem indicações apropriadas.

Fonte: Adaptado da Guidelline for Prevention of Catheter Associated Urinary Tract Infections 2009 (CDC, Last update 2019)

Estas infeções, apesar de muito frequentes são evitáveis com recurso a diversas medidas (Chenoweth, 2021). Estão definidas e amplamente divulgadas estratégias específicas para a prevenção direcionadas aos fatores de risco para IUACV. Destas estratégias salientam-se as seguintes (Chenoweth, 2021; Nicolle, 2012): (1) Evitar a inserção de CV de permanência -

colocação de algalias apenas com indicações adequadas, estabelecer protocolos para colocação da algália; (2) Remover precocemente os cateteres – elaborar lista de verificação ou lembretes diários, as intervenções devem ser realizadas por parte de enfermeiros ou médicos, ter lembretes eletrônicos, definir ordens de paragem automáticas; (3) Considerar alternativas à permanência da algália - cateterismo intermitente, preservativo urinário, scanner de ultrassonografia portátil da bexiga; (4) Técnicas adequadas para inserir e manter os cateteres – a inserção deve ser realizada com técnica asséptica, o cateter deve manter-se fixo para evitar a sua deslocação, o sistema de drenagem deve manter-se em circuito fechado, manter o fluxo de urina desobstruído, evitar a irrigação rotineira da bexiga; (5) Apoio institucional ao programa de prevenção - desenvolvimento e implementação de políticas, educação e treino, implementar planos de vigilância do uso de algalias e das infeções. Aparece ser consensual a necessidade de intervir em termos de prevenção na redução destas infeções e os enfermeiros são profissionais que podem intervir autonomamente e com impacto nos resultados doente.

4. Feixe de Intervenções para a prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

Considerando que os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro no campo de ação das suas competências profissionais (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, do Ministério da Saúde, n.d.) deve ser dada especial relevância à sua atuação consistente com as medidas de segurança clínica. Neste sentido, a DGS publicou a norma clínica n.º. 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, de suporte às medidas de maior evidência científica para a redução da ITU em doentes algaliados. Nesta norma, todas as intervenções são da responsabilidade e competência clínica autónoma de enfermagem, sendo que o primeiro ponto pode ser, também, uma intervenção interdependente. No doente sujeito a CV, para precaver a infeção relacionada com esta intervenção, a DGS aconselha a implementação de forma integral das seguintes intervenções (DGS, 2022) (Anexo I):

- a) Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de CV;

- b) Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem;
- c) Cumprir a técnica limpa no manuseamento do CV e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do CV ao sistema de drenagem em circuito fechado;
- d) Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde, dirigida ao doente e cuidador(es), sobre cuidados de prevenção de IUACV;
- e) Manter o CV 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;
- f) Avaliar diariamente a possibilidade de remover o CV, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter.

Esta norma objetiva padronizar a implementação do “Feixe de Intervenções” para a prevenção da IUACV, uma vez que esta infeção é das mais comuns em contexto hospitalar, sendo o efeito adverso mais relevante associado ao CV. As IUACV podem ser impedidas com o uso de estratégias que possibilitem diminuir o as algaliações dispensáveis, assim como, com orientações para a colocação e manutenção (DGS, 2022). Antevê-se uma diminuição da taxa de IUACV em cerca de 30%, até 2026, a par com as metas do PNSD 2021-2026; com a renovação da presente norma e sua execução na integra dos Elementos do Feixe de Intervenções, ampliado às unidades hospitalares portuguesas associadas, à atividade de vigilância epidemiológica de procedimentos e efeitos. O Desafio Stop Infeção Hospitalar, iniciado a nível nacional entre 2015-2018, expõe uma diminuição na densidade de incidência por 1.000 dias de cateter na prevenção da IUACV de 51% (DGS, 2022). A esta norma foi adicionada informação complementar: é recomendada a sua implementação nas estruturas residenciais para idosos. Compete aos administradores/gestores das distintas áreas de cuidados de saúde: definir o protocolo local que permita a execução das indicações clínicas para colocar o CV. Deve ser assegurada a análise criteriosa da necessidade e da colocação do CV, por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com conhecimento e treino aprovado, promovendo protocolos de atuação a nível local, com abordagem a: produtos a usar na higiene do meato urinário, antes da introdução do CV; modo de fixar o CV para impedir trauma uretral por tração ou movimentos; utilizar o CV com o calibre menor

possível, que permita a drenagem, minimizando o trauma do colo da bexiga e da uretra; técnica para obter amostra de urina assética.

A definição de bundles é traduzida na presente Norma para “feixes de intervenção” agregada a um combinado de intervenções que, em conjunto e executadas de forma integrada, possibilitam melhorar o resultado, em comparação com utilização das intervenções singularmente. Permitir que os utentes usufruam de tratamentos e cuidados indicados e fundamentados na evidência, de forma constante é o ponto crucial do Feixe de Intervenções. Um “Feixe” não funciona como uma lista, uma vez que todas as intervenções são essenciais e se uma delas falhar, o resultado jamais será o mesmo. A implementação das intervenções deve ser realizada em conjunto, para que o sucesso seja assegurado, sendo a auditoria do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas) (DGS, 2022).

É favorecida a informação entre doente, familiares e profissionais de saúde, com perspetivas adequadas a cada caso, implicando-os na criação de objetivos e cuidados. A implementação da presente norma passa por: nomear uma comissão local para alterar as recomendações comparando-as com as práticas correntes da unidade clínica, formar os profissionais da respetiva unidade clínica, realizar auditorias ou utilizar *checklists* para a inserção e para a manutenção do CV, avaliando a adesão e passando a informação da evolução dos indicadores de processo e de resultados aos profissionais. É pertinente referir que os Feixes de Intervenções são ativos, podendo progredir no tempo, demonstrando adaptação às características das unidades de saúde. As auditorias internas apresentam dois resultados (sim ou não), o que significa que num utente, sujeito a CV, para assinalar os elementos da Norma devem ser considerados na totalidade, tem de ser mostrado que foram realizados cada um dos critérios, sem exceção, no âmbito do “tudo ou nada”. O registo deve ser feito no processo clínico do utente, permitindo auditoria através de instrumentos particulares (Anexo II).

O Desafio Gulbenkian Stop Infeção Hospitalar desenvolvido entre 2015 e 2018 em mais de cinco dezenas de locais-piloto (Serviços de Medicina, Serviços de Ortopedia, Serviços de Cirurgia Geral e UCI), envolveu aproximadamente 50 equipas multidisciplinares (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, entre outros), num total de mais de 240 profissionais de saúde. No que respeita à IUACV há uma subida significativa da percentagem de adesão à bundle de

IUACV correspondendo a um aumento da percentagem de adesão à bundle de inserção de IUACV de 82,7% para 96%. O mesmo acontece na percentagem de adesão à bundle de manutenção da IUACV que teve um aumento da percentagem de adesão de 81,7% para 88,4%. Estes valores traduzem-se no resultado da densidade incidência por 1000 dias de cateter na IUACV, revelando uma redução de 51% (8.28/1000 dias de cateter para 4.06 /1000 dias de cateter urinário) (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018).

5- A importância do Enfermeiro na prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical

O exercício da profissão de enfermagem é trabalhado através da tomada de decisão com uma perspetiva estruturada e organizada; sustentada na evidência da pesquisa, permitindo melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem. O enfermeiro reconhece os cuidados de enfermagem necessários à pessoa e estabelece intervenções de enfermagem de maneira a impedir o risco, reconhece prematuramente problemáticas resolvendo-as ou diminuindo os problemas reconhecidos. A sublinhar que vem descrito nos critérios de competência do enfermeiro generalista a implementação de procedimentos de controle da infeção (OE, Regulamento nº 190/2015). A formação em enfermagem permite um acréscimo nas competências específicas. Os enfermeiros especialistas apresentam competências em comum na liderança, educação de pares e utentes, orientação, aconselhamento e o encargo de transmitir e promover a investigação para possibilitar de forma continuada a prática da profissão (OE - Regulamento nº 140/2019). A precaução, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos deve ser trabalhada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, perante o indivíduo exposto a procedimentos médicos e/ou cirúrgicos de grande complexidade, vindos de doença aguda ou crónica. Faz parte da responsabilidade do Enfermeiro prevenir, intervir e controlar a infeção e resistência a antimicrobianos, em consequência do elevado risco de IACS provenientes da doença aguda ou crónica, do meio e das intervenções médicas e/ou cirúrgicas complexas a que a pessoa é exposta, quer de diagnóstico, terapêuticas e preservação da qualidade de vida. (OE - Regulamento nº 429/2018).

Num contexto de atuação multiprofissional e conforme o artigo 9º, ponto 1, 2 e 3 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, enquadram-se as intervenções interdependentes que são iniciadas por outros técnicos da equipa onde a responsabilidade de implementar a técnica da intervenção é do enfermeiro e as intervenções autónomas que são introduzidas pela prescrição do enfermeiro, o qual é responsável pela prescrição da intervenção responsável e pela sua implementação. A cateterização vesical é uma intervenção interdependente, mas também pode ser autónoma. A Norma da DGS (2022), preconiza que se deve assegurar que a inserção do CV é executada de forma asséptica por enfermeiros ou médicos com formação e prática. Esta técnica deve ser realizada em conformidade com os diagnósticos de enfermagem e as competências do enfermeiro. Os enfermeiros aplicam técnicas exclusivas da profissão, com o intuito de conservar e recuperar as funções vitais, particularmente a respiração, a alimentação e a eliminação, entre outras (REPE, 2015), pelo que o recurso a técnica de algaliação surge para garantir a eliminação vesical, sendo, neste caso uma intervenção autónoma de enfermagem. O Enfermeiro tem competências que lhe permitem realizar a técnica de algaliação com qualidade e segurança. As ações de intervenção orientadas por enfermeiros parecem proporcionar um método coeso para controlar a conformidade de todos os aspetos dos cuidados a prestar aos doentes com CV (Taylor et al., 2016).

São vários os estudos que confirmam que as boas práticas de enfermagem contribuem significativamente para a diminuição da IUACV. Foi realizado um estudo, em 2018, numa Unidade Intensiva no qual foi implementado um conjunto de intervenções, incluindo formação da equipa, lista de verificação diária eletrónica e protocolo para retirar cateteres urinários orientado por enfermeiros, resultou em que nenhuma IUACV foi assinalada durante o período de intervenção, reduzindo a taxa em 1,33 por 1000 dias de CV. Houve aumento de 10,5% nos dias de cateter, o que não foi estatisticamente significativo ($P = .12$). A adesão à documentação aumentou significativamente de 50,0% antes para 83,3% durante a intervenção (Shadle et al., 2021).

Em 2020, concretizou-se um estudo que consistiu em formar uma equipa multidisciplinar identificando perceções inadequadas, destacar as melhores práticas e eliminar barreiras para o sucesso ao longo de 1 ano numa unidade de terapia intensiva pediátrica. Os objetivos foram avaliar a adequação do CV, aumentar a adesão ao feixe e diminuir o risco de IUACV. A

adesão ao *bundle* aumentou de 84% para 93% e ajudou a reduzir a taxa geral de IUACV de 2,7 infecções por 1000 cateteres-dias na linha de base para 0. Esta alteração manteve-se durante 1 ano (Snyder et al., 2020)

Num estudo realizado em meio hospitalar nos Estados Unidos descobriu-se que, embora alguns CV fossem justificados, outros poderiam ter sido evitados completamente ou removidos mais cedo. Após formação da equipa de enfermagem houve uma diminuição de 11,79% em dias de cateter e uma redução de 38% nas taxas de ITU para o ano civil de 2019 (Baker, 2022).

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

Neste ponto, expomos os aspetos metodológicos, particularmente o tipo de estudo, população/amostra, o período de recolha de dados, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e de recolha de dados, as variáveis do estudo e a sua operacionalização.

1.1 Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos delineados com o presente estudo, definiu-se desenvolver um estudo transversal analítico, com o recurso a uma abordagem quantitativa (Pais-Ribeiro, 2010).

Nos trabalhos transversais ou de prevalência a exposição ao motivo encontra-se presente no resultado no mesmo instante avaliado ou espaço temporal investigado (Vilelas, 2020). Assinala-se como analítico, uma vez que pretende entender as variáveis de uma amostra específica ou acontecimento, ou definir correlações entre variáveis, permitindo alargar os conhecimentos das características e extensão de uma questão, conseguindo-se, desta forma, uma perspetiva integral. Os estudos quantitativos permitem quantificar tudo de maneira a conseguir classificar e investigar (Vilelas, 2020).

1.2. População e amostra

A população alvo do estudo envolve todos os enfermeiros da Unidade Local de Saúde, três Unidades Hospitalares e catorze Centros de Saúde, um total de 731 enfermeiros. Definimos como critério de inclusão Enfermeiros que estão diretamente na prestação de cuidados, no período de março e abril de 2023. Obtivemos um total de 107 enfermeiros, que se disponibilizaram a participar no estudo, via online, sendo excluídos, 4 enfermeiros por não se encontrem na prestação direta de cuidados. Constituindo-se, portanto, uma amostra 103 enfermeiros, representando 14% da população.

1.3. Instrumento de recolha de dados

Questionário elaborado pela investigadora, adaptado da norma clínica: 019/2015 da DGS (atualizada a 29 de agosto de 2022) “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical” (2022).

O questionário (Anexo III) é constituído por 2 partes:

Parte I- Caracterização sociodemográfica e profissional da população, constituída por 11 questões sobre idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional, vínculo profissional, local de trabalho, tempo de exercício profissional, tipo de horário, formação e norma de serviço.

Parte II- Constituída por uma tabela com 40 questões sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, para responder sim ou não.

Tabela 2

Elementos Do Feixe de Intervenções

Elementos do Feixe de Intervenções	Intervenções de Enfermagem
Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical	1, 2, 3, 4 ,5
Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
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	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
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	31, 32, 33, 34, 35, 36

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

37, 38, 39, 40

1.4. Procedimentos éticos e de recolha de dados

O estudo foi sujeito a apreciação e consentimento do Presidente do Conselho Administrativo e respetiva Comissão de Ética da instituição onde se realizou o estudo. Após a autorização (anexo IV), o instrumento de recolha de dados foi inserido no Google Forms sem identificação e criado um handle de convite à participação no estudo. Foi realizada uma solicitação ao Enfermeiro Diretor para fazer chegar o handle aos Enfermeiros Gestores e estes o fazerem chegar, via email, aos enfermeiros da sua equipa, solicitando a sua colaboração e participação no estudo. Ao aceder ao handle e antes do instrumento de recolha de dados, existe uma nota introdutória onde foram dadas todas as informações sobre o estudo: identificação, finalidade, objetivos e solicitação à participação no estudo. Posteriormente, solicitou-se o preenchimento do consentimento informado. Só após este consentimento assinalado, é que o participante consegue permissão para responder ao instrumento de colheita de dados. Concluído o preenchimento do questionário, este fica bloqueado para aquele participante (email), ou seja, a um participante corresponde um único instrumento de recolha de dados, evitando a duplicação, atribuindo um código de acesso.

As 40 intervenções foram agrupadas em 6 Elementos, em concordância com o feixe de intervenções, tendo-se contabilizado para cada enfermeiro o número de respostas corretas e posteriormente calculado a percentagem de respostas corretas em cada um desses Elementos (Anexo V).

Os dados foram recolhidos nos meses de março e abril de 2023. Posteriormente, foram inseridos, por um número de codificação, na base de dados de Statistical Package for the Social Sciences® (IBM® SPSS), para análise e tratamento estatístico. No decorrer de todo processo não foi possível qualquer identificação.

Inicialmente, antes de realizar a recolha de dados foi feito um pré-teste com 5 enfermeiros, para verificação da clarificação das questões. Na fase seguinte, estes, foram excluídos da participação no estudo, bloqueando na plataforma, o respetivo mail.

Este trabalho de investigação seguiu as pressuposições constantes na Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, pelo que na elaboração deste estudo procuramos cumprir, como expresso anteriormente, com rigor metodológico essas considerações. Assim, ao longo de todo o processo foram garantidos os procedimentos éticos e deontológicos que se referem à confidencialidade e ao anonimato das respostas, bem como a natureza voluntária da participação, podendo os participantes desistir em qualquer momento da investigação.

1.5. Variáveis do estudo

A variável dependente é o conhecimento dos enfermeiros sobre o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a CV, foi calculada através da seguinte fórmula:

$$\text{Conhecimento} = \frac{\text{Número total de resposta corretas dadas} \times 100}{\text{Total de respostas corretas}} = \dots\%$$

Neste estudo operacionalizamos o conhecimento do feixe de intervenções para a prevenção da Infeção do Cateter Urinário Associada a cateter vesical em:

Conhecimento elevado $\geq 80\%$

Conhecimento moderado entre $\geq 50\%$ e $< 80\%$

Conhecimento baixo $< 50\%$

As variáveis independentes são: idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, regime de trabalho, tempo de serviço, categoria profissional, tipo de vínculo laboral, local de trabalho, formação e norma de serviço.

Tabela 3

Operacionalização e categorização das variáveis

Variáveis	Caracterização sociodemográfica Operacionalização	Escala de medida	Categorização
Idade	Período da vida; quantidade de anos que o ser vivo tem desde o nascimento ao instante em que é posta a	Intervalar	26 a 30 anos 31 a 35 anos 36 a 40 anos 41 a 45 anos 46 a 50 anos

	questão (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).		51 a 55 anos 56 a 60 anos
Sexo	Reunião de particularidades biológicas que diferencia a mulher/homem (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1= feminino 2= masculino
Estado Civil	Condição de um indivíduo relativamente ao contexto matrimonial/conjugal. (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023)	Nominal	1= solteiro/a 2= Casado/a -União Facto 3=Divorciado/a 4= Viúvo/a
Habilitações académicas	Agregado de habilitações académicas (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1= Licenciatura 2= Mestrado 3=Doutoramento
Regime de Trabalho	Ocupação laboral remunerada (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1= Por turnos 2= Fixo
Tempo de serviço	Desempenhar funções laborais, ao durante de um intervalo de tempo (anos) (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023)	Intervalar	0 a 9 anos 10 a 19 anos 20 a 29 anos 30 a 39 anos
Categoria Profissional	Cargo de hierarquia profissional (no trabalho desempenhado) (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1= Enfermeiro 2= Enfermeiro Especialista
Tipo de vínculo	Prestar atividade a outra pessoa/instituição, mediante remuneração, ao qual o indivíduo se obriga (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1=Contrato de trabalho sem termo (CTST) 2=Contrato trabalho com termo (CTCT)
Local de trabalho	Espaço onde o trabalhador exerce ou precise deslocar-se devido da sua ocupação (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).	Nominal	1=Hospital 2=Centro de Saúde
Formação	Aprendizagens reunidas referentes a uma área específica (Dicionário	Nominal	1= sim 2= Não

	Infopédia da Língua Portuguesa, 2023).		
Norma	Método no qual um procedimento se deve cumprir com intenção de facilitar e aumentar todo o processo (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2023.	Nominal	1= Sim 2=Não

1.6. Procedimentos de análise dos dados

Para o tratamento e análise de dados foi constituída uma base de dados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 25.0. Segundo Marôco (2018), após a colheita da amostra, torna-se decisiva a caracterização através da estatística descritiva, nomeadamente, calcular as frequências absolutas e relativas para cada variável categórica em análise. Em relação às variáveis quantitativas, realizou-se o cálculo das medidas de tendência central (média) e desvio padrão.

Marôco (2018) refere que o procedimento seguinte e final traduz-se em trabalhar os valores definidos da população da qual se retiraram as amostras e/ou de validar hipóteses, através das quais se baseiam as teorias, sobre esses parâmetros, o processo designa-se de inferência estatística.

O “conhecimento dos elementos do feixe de intervenções”, ou seja, a variável dependente, foi operacionalizada pela percentagem de respostas corretas, sendo uma variável quantitativa contínua, foi estudada a sua normalidade global ou por grupos (variáveis independentes) através do teste Kolmogorov-Smirnov. Para comparação de médias realizaram-se testes paramétricos: T-Student ou não paramétricos: Mann-Whitney, de acordo com a normalidade das variáveis em estudo. Procedeu-se ainda ao cálculo das correlações entre o conhecimento dos elementos do feixe de intervenções e as variáveis independentes quantitativas contínuas, a saber, idade e tempo de serviço.

Procedeu-se também ao estudo da associação entre as variáveis categóricas a saber: nível de conhecimento nos elementos do feixe de intervenções e as variáveis independentes. Para tal, recorreu-se ao teste independência do qui-quadrado/Fisher e nas associações estatisticamente

significativas foram apresentadas as frequências observadas e esperadas o que facilita a interpretação dos resultados.

Na análise inferencial o nível de significância adotado foi de 5%.

3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (n=89; 86,4%), casados (n=60; 58,3%), da faixa etária dos 36 aos 40 anos (30,1%), idade média de 41,66 anos \pm 7,61 anos e 75% são licenciados (Tabela 4).

Tabela 4

Caraterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas

		n	%
Sexo	Feminino	89	86,4%
	Masculino	14	13,6%
Idade	26 a 30 anos	5	4,9%
	31 a 35 anos	16	15,5%
	36 a 40 anos	31	30,1%
	41 a 45 anos	21	20,4%
	46 a 50 anos	16	15,5%
	51 a 55 anos	8	7,8%
	56 a 60 anos	6	5,8%
$\bar{x} \pm s = 41,66 \pm 7,61$		<i>min = 26; max = 58</i>	
Estado civil	Solteiro	20	19,4%
	Casado	60	58,3%
	União de facto	15	14,6%
	Viúvo	3	2,9%
	Divorciado	5	4,9%
Habilitações literárias	Licenciatura	77	74,8%
	Mestrado	26	25,2%

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão

A maioria dos participantes são enfermeiros generalistas (n=65; 63,1%), dos especialistas (36,9%), predomina a especialidade de enfermagem de reabilitação e enfermagem médico-cirúrgica (28,8%). Quanto ao tipo de vínculo laboral, a maioria dos enfermeiros possui um contrato individual de trabalho sem termo (92,2%), com tempo de serviço 10 aos 19 anos, 38,9%, a média é de 16,20 \pm 9,04 anos (Tabela 5).

Tabela 5

Caraterização da amostra quanto às variáveis profissionais

		n	%
Categoria profissional	Enfermeiro generalista	65	63,1%
	Enfermeiro especialista	38	36,9%
Especialidade (n=38)	Enfermagem de reabilitação	11	28,9%
	Enfermagem comunitária	10	26,3%

	Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	1	2,6%
	Enfermagem médico-cirúrgica	11	28,9%
	Enfermagem de saúde materna e obstetrícia	5	13,2%
Tipo de vínculo	Contrato de trabalho sem termo	95	92,2
	Contrato individual de trabalho com termo	8	7,8%
Tempo de serviço	0 a 9 anos	27	26,2%
	10 a 19 anos	40	38,9%
	20 a 29 anos	28	27,2%
	30 a 39 anos	8	7,7%
		<i>min</i> = 2 <i>max</i> = 38 $\bar{x} \pm s = 16,20 \pm 9,04$ (anos)	

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão

A maioria dos enfermeiros deste estudo presta cuidados numa das Unidades Hospitalares (n=90; 87,4%), Unidade Hospitalar 1 (n=68;75,6%), no serviço de medicina interna (n=31;34,4%). Dos 13 enfermeiros que prestam cuidados em centros de saúde, 7 exercem funções nos centros de saúde 1 e 5, que ficam na mesma localidade. A grande maioria dos enfermeiros deste estudo tem horário por turnos (85,4%; n=88) (Tabela 6).

Tabela 6

Caraterização da amostra quanto ao local onde exerce funções e tipo de horário

		n	%	
Local onde presta cuidados	Hospital	90	87,4%	
	Centro saúde	13	12,6%	
Unidade hospitalar onde presta cuidados (n=90)	Unidade Hospitalar 1	68	75,6%	
	Unidade Hospitalar 2	10	11,1%	
	Unidade Hospitalar 3	12	13,3%	
Serviço onde exerce funções (n=90)	Medicina Interna	31	34,4%	
	Urgência	15	16,7%	
	Ortopedia	3	3,3%	
	Medicina intensiva	11	12,2%	
	Cirurgia	20	22,2%	
	UAVC	2	2,2%	
	Traumatologia	2	2,2%	
	Obstetrícia	3	3,3%	
	Psiquiatria	1	1,1%	
	Bloco operatório	1	1,1%	
	Paliativos e convalescença	1	1,1%	
	Centro de Saúde onde presta cuidados (n=13)	Centro de Saúde 1	4	30,8%
		Centro de Saúde 2	2	15,4%
Centro de Saúde 3		1	7,7%	
Centro de Saúde 4		1	7,7%	
Centro de Saúde 5		3	23,1%	
Centro de Saúde 6		1	7,7%	
Centro de Saúde 7		1	7,7%	
Tipo de horário	Fixo	15	14,6%	
	Por turnos	88	85,4%	

Dos 103 enfermeiros participantes deste estudo, 72 (69,9%) tiveram formação sobre a prevenção de infecção associada a cateter vesical e 92,2% (n=95) referem que no serviço onde exercem funções existe uma norma sobre prevenção de infecção associada a cateter vesical (Tabela 7).

Tabela 7

Distribuição dos participantes por Formação e existência de Normas de Prevenção De Infecção Associada A Cateter Vesical

		n	%
Teve formação sobre a prevenção de infecção associada a cateter vesical	Sim	72	69,9%
	Não	31	30,1%
Existe no seu serviço uma norma sobre prevenção de infecção associada a cateter vesical	Sim	95	92,2%
	Não	8	7,8%

Na Tabela 8, observa-se que o conhecimento dos enfermeiros se considera elevado (superior a 80%) em várias intervenções de enfermagem associadas aos cuidados com o CV. As intervenções: Utilizo técnica asséptica e material esterilizado; Realizo higiene das mãos antes e depois da inserção do CV e Realizo higiene das mãos antes do manuseamento do CV e sistema de drenagem registaram um conhecimento de 100%. Ainda dentro do conhecimento elevado, com 99%, as intervenções: Realizo cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada; Utilizo lubrificante em seringa pré cheia esterilizada de uso único; Realizo registo do calibre, tipo de CV e data de inserção; Realizo higiene das mãos após o manuseamento do CV e sistema de drenagem; Asseguro que o CV é mantido conectado ao saco de drenagem (circuito fechado) e Mantenho o saco coletor abaixo do nível da bexiga, não tocando no chão. As restantes intervenções com conhecimento elevado são: Considero alternativas ao CV e documento a alternativa (82,5%,); Documento o motivo clínico da inserção, de preferência em área passíveis de produzir indicadores(91,3%); Asseguro que a inserção do CV com técnica asséptica é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino (95,1%); Garanto a escolha do calibre adequado do CV (menor calibre possível, comprimento adequado e tipo de cateter) (97,1%); Uso luvas e avental durante o manuseamento do CV e sistema de drenagem (90,3%); Asseguro que o saco coletor de urina

é drenado sempre que sejam atingidos 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual (88,3%); Verifico se a válvula de despejo não toca nas paredes do recipiente, mantendo o CV conectado ao sistema de drenagem (85,4%); Realizo diariamente a higiene do meato urinário no doente algaliado, com água e sabão (88,3%); Realizo a higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário (95,1%); Efetuo educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre cuidados na manutenção do CV (86,4%); Fixo o cateter de modo seguro para evitar tração ou deslocação (87,4%); Na mulher fixo o CV na zona da coxa (81,6%) e Mantenho o fluxo contínuo de urina de drenagem desobstruído(97,1%). Ao todo as intervenções associadas ao CV que revelam um conhecimento elevado dos enfermeiros são 22.

O número de intervenções que revelam um conhecimento moderado (com percentagem superior ou igual a 50% e menor que 80%) são 7, neste intervalo estão incluídas as intervenções: Não realizo por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica, se necessário removo até às 24 H (68%); Realizo colheita de urina para urocultura preferencialmente por picada do cateter com agulha estéril sempre que não haja ponto de recolha próprio(52,4%); Documento no processo clínico as ações de educação (58,3%); Considero as necessidades do doente em ambulatório (preferências pessoais e mobilidade, tipologia de saco coletor e suspensão/posição do mesmo) (77,7%) e Mantenho o uso do CV, somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição (74,8%).

As intervenções que revelam baixo conhecimento (com percentagens inferiores a 50%) são no total 11, sendo as seguintes: Utilizo ecógrafo automático para medir o volume de urina na bexiga (1,9%); Utilizo o Kit de cateterismo vesical (49,5%); Considero, em ambiente extra-hospitalar, com registo no processo clínico, a técnica limpa, uma alternativa aceitável para doente que requerem cateterismo intermitente crónico (44,7%); Divulgo folhetos ou outros materiais informativos (37,9%); Realizo reuniões de sensibilização entre os cuidadores e profissionais de saúde (24,3%); Realizo sessões de treino com doentes e cuidadores no local de prestação de cuidados (29,2%); Treino doentes e cuidadores para técnica limpa de cateterização intermitente, no domicílio (37,9%); No homem fixo o cateter na zona abdominal (47,6%); Utilizo lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, obrigatoriamente, a razão para a permanência do CV (39,8%) ; Desenvolvo protocolos de remoção do CV com a equipa de enfermagem

(28,2%) e Implemento a suspensão automática da prescrição, às 48-72 h após a inserção (17,5%).

Procedeu-se também à contabilização do número de respostas corretas nas 40 intervenções e ao cálculo da percentagem de respostas corretas, para cada enfermeiro, sendo que esta nova variável traduz o conhecimento global nos procedimentos de enfermagem associados ao CV. Na amostra em estudo cada enfermeiro acertou, em média, a 28,63 das 40 intervenções, tendo-se registado um mínimo de 18 respostas corretas e um máximo de 38 respostas corretas.

Tabela 8

Distribuição das Intervenções de enfermagem do Feixe Intervenções

Intervenções de enfermagem com cateter vesical	Sim	Não
1-Realizo cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada.	102 (99%)	1 (1,0%)
2- Considero alternativas ao cateter vesical e documento a alternativa.	85 (82,5%)	18 (17,5%)
3-Utilizo ecógrafo automático para medir o volume de urina na bexiga.	2 (1,9%)	101 (98,1%)
4-Não realizo por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica, se necessário removo até às 24 H.	70 (68,0%)	33 (32,0%)
5-Documento o motivo clínico da inserção, de preferência em área passíveis de produzir indicadores.	94 (91,3%)	9 (8,7%)
6-Asseguro que a inserção do cateter vesical com técnica assética é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino.	98 (95,1%)	5 (4,9%)
7-Garanto a escolha do calibre adequado do cateter vesical (Menor calibre possível, comprimento adequado e tipo de cateter).	100 (97,1%)	3 (2,9%)
8-Utilizo técnica assética e material esterilizado.	103 (100%)	-
9-Utilizo lubrificante em seringa pré cheia esterilizada de uso único.	102 (99,0%)	1 (1,0%)
10-Utilizo Kit de cateterismo vesical.	51 (49,5%)	52 (50,5%)
11-Realizo higiene das mãos antes e depois da inserção do cateter vesical.	103 (100%)	-
12-Conecto o cateter vesical ao saco de drenagem antes da sua inserção.	52 (50,5%)	51 (49,5%)
13-Conecto o cateter vesical ao saco coletor imediatamente após a sua inserção.	65 (63,1%)	38 (36,9%)
14-Realizo registo do calibre, tipo de cateter vesical e data de inserção.	102 (99%)	1 (1,0%)
15-Considero, em ambiente extra-hospitalar, com registo no processo clínico, a técnica limpa, uma alternativa aceitável para doente que requerem cateterismo intermitente crónico.	46 (44,7%)	57 (55,3%)
16-Realizo higiene das mãos antes do manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.	103 (100%)	-
17-Realizo higiene das mãos após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.	102 (99%)	1 (1,0%)
18-Uso luvas e avental durante o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.	93 (90,3%)	10 (9,7%)
19-Asseguro que o saco coletor de urina é drenado sempre que sejam atingidos 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual.	91 (88,3%)	12 (11,7%)
20-Verifico se a válvula de despejo não toca nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem.	88 (85,4%)	15 (14,6%)
21-Asseguro que o cateter vesical é mantido conectado ao saco de drenagem (circuito fechado).	102 (99%)	1 (1,0%)

22-Realizo colheita de urina para urocultura preferencialmente por picada do cateter com agulha estéril sempre que não haja ponto de recolha próprio.	54 (52,4%)	49 (47,6%)
23-Realizo diariamente a higiene do meato urinário no doente algaliado, com água e sabão.	91 (88,3%)	12 (11,7%)
24-Realizo a higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário.	98 (95,1%)	5 (4,9%)
25-Efetuo educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre cuidados na manutenção do cateter vesical.	89 (86,4%)	14 (13,6%)
26-Divulgo folhetos ou outros materiais informativos.	39 (37,9%)	64 (62,1%)
27-Realizo reuniões de sensibilização entre os cuidadores e profissionais de saúde.	25 (24,3%)	78 (75,7%)
28-Realizo sessões de treino com doentes e cuidadores no local de prestação de cuidados.	30 (29,1%)	73 (70,9%)
29-Treino doentes e cuidadores para técnica limpa de cateterização intermitente, no domicílio.	39 (37,9%)	64 (62,1%)
30-Documento no processo clínico as ações de educação.	60 (58,3%)	43 (41,7%)
31-Fixo o cateter de modo seguro para evitar tração ou deslocação.	90 (87,4%)	13 (12,6%)
32-No homem fixo o cateter vesical na zona abdominal.	49 (47,6%)	54 (52,4%)
33-Na mulher fixo o cateter vesical na zona da coxa.	84 (81,6%)	19 (18,4%)
34-Mantenho o fluxo contínuo de urina de drenagem desobstruído.	100 (97,1%)	3 (2,9%)
35-Mantenho o saco coletor abaixo do nível da bexiga, não tocando no chão.	102 (99,0%)	1 (1,0%)
36-Considero as necessidades do doente em ambulatório (preferências pessoais e mobilidade, tipologia de saco coletor e suspensão/posição do mesmo).	80 (77,7%)	23 (22,3%)
37-Utilizo lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, obrigatoriamente, a razão para a permanência do cateter vesical.	41 (39,8%)	62 (60,2%)
38-Desenvolvo protocolos de remoção do cateter vesical com a equipa de enfermagem.	29 (28,2%)	74 (71,8%)
39-Implemento a suspensão automática da prescrição, às 48-72 h após a inserção.	18 (17,5%)	85 (82,5%)
40-Mantenho o uso do cateter vesical, somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição.	77 (74,8%)	26 (25,2%)
Índice global de adesão	Min=18	Min=38
		$\bar{x} \pm sd = 28,63 \pm 4,26$

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão

Elementos do Feixe de intervenções

Quando analisamos o conhecimento por feixe de intervenção, verificamos conhecimento elevado (superior a 80 %) nos elementos documentar no processo clínico (54,4%), cumprir a técnica asséptica no procedimento (67,0%), cumprir a técnica limpa no manuseamento (82,5%) e manter o CV seguro (70,9%); conhecimento moderado no elemento realizar a higiene diária do meato urinário (54,4%) e conhecimento baixo no elemento avaliar diariamente a possibilidade de remover o CV (54,4%).

O conhecimento global dos enfermeiros sobre elementos associados às intervenções de enfermagem com o CV foi moderado com 74,8% (Tabela 9).

Tabela 9

Conhecimento dos enfermeiros nos elementos associados às intervenções de enfermagem com o cateter vesical

Elementos do Feixe de Intervenções	Intervenções	Conhecimento		
		Elevado (>=80%)	Moderado (>=50% e <80%)	Baixo (<50%)
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	1, 2, 3, 4, 5	56 (54,4%)	35 (34,0%)	12 (11,7%)
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	69 (67,0%)	34 (33,3%)	-
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	85 (82,5%)	16 (15,5%)	2 (1,9%)
Realizar a higiene diária do meato urinário...	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	19 (18,4%)	56 (54,4%)	28 (27,2%)
Manter o cateter vesical seguro ...	31, 32, 33, 34, 35, 36	73 (70,9%)	26 (25,2%)	4 (3,9%)
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	37, 38, 39, 40	10 (9,7%)	37 (35,9%)	56 (54,4%)
Conhecimento global	1 a 40	25 (24,3%)	77 (74,8%)	1 (1,0%)

Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis sociodemográficas

A relação entre o conhecimento das intervenções e as variáveis sociodemográficas não é estatisticamente significativa, exceto no caso da variável idade, cujo valor de prova do teste de Fisher foi de $0,026 < 5\%$. Da análise das frequências esperadas observa-se que mais enfermeiros com 31 a 35 anos e 41 a 45 anos revelam um conhecimento elevado face ao que era esperado e tendência contrária nos enfermeiros com 36 a 40 anos, onde menos enfermeiros revelam um conhecimento elevado face ao esperado (Tabela10).

Tabela 10

Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis sociodemográficas

		Conhecimento global			Teste Fisher	gl	p
		Elevado	Moderado	Baixo			
Sexo	Feminino	23	65	1	1,342	2	0,575
	Masculino	2	12	0			
Grupo etário	26 a 30 anos	1 (1,2)	4 (3,7)	0	20,840	12	0,026*
	31 a 35 anos	6 (3,9)	10 (12,0)	0 (0,2)			
	36 a 40 anos	2 (7,5)	29 (23,2)	0 (0,3)			
	41 a 45 anos	9 (5,1)	12 (15,7)	0 (0,2)			

	46 a 50 anos	4 (3,9)	12 (12,0)	0 (0,2)			
	51 a 55 anos	2 (1,9)	5 (6,0)	1 (0,1)			
	56 a 60 anos	1 (1,5)	5 (4,5)	0 (0,1)			
Estado civil	Solteiro, viúvo e divorciado	9	19	0	1,707	2	0,495
	Casado e união de facto	16	58	1			
Habilitações literárias	Licenciatura	16	60	1	2,383	2	0,395
	Mestrado	9	17	0			

Legenda: gl – graus de liberdade; p – valor de prova; * significativo 5%.

Na Tabela 11 apresentamos os resultados dos testes realizados com as variáveis profissionais. Todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que a associação entre o conhecimento das intervenções e as variáveis profissionais não é estatisticamente significativa.

Tabela 11

Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infeção associada a cateter vesical e as variáveis profissionais

Categoria profissional		Conhecimento global			Teste Fisher	gl	p
		Elevado	Moderado	Baixo			
Categoria profissional	Generalista	14	50	1	1,239	2	0,671
	Especialista	11	27	0			
Tipo de vínculo	CTST	25	69	1	3,518	2	0,257
	CTCT	0	8	0			
Tempo de serviço	0 a 14 anos	9	33	0	0,998	2	0,788
	15 ou mais anos	16	44	1			

Legenda: CTST – Contrato de trabalho sem termo; CTCT – Contrato de trabalho com termo; gl – graus de liberdade; p – valor de prova.

Existe uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento do feixe de intervenções e a existência de formação sobre a prevenção de infeção urinária, $p=0,003$. Na Tabela 12, nestes cruzamentos são apresentados para além das frequências observadas as frequências esperadas, o que nos permite concluir que os enfermeiros que tiveram formação sobre prevenção de infeção associada a CV têm um conhecimento mais elevado sobre o feixe de intervenções.

Tabela 12

Associação entre conhecimento global das intervenções de prevenção de infecção associada a cateter vesical e as variáveis relacionadas com o local onde exerce funções, tipo de horário, formação e norma de serviço.

		Conhecimento global			Teste Fisher	gl	p
		Elevado	Moderado	Baixo			
Local de trabalho	Hospital	20	69	1	2,324	2	0,386
	Centro saúde	5	8	0			
Tipo horário	Fixo	4	11	1	0,714	2	0,999
	Turnos	21	66	0			
Formação	Sim	23 (17,5)	49 (53,8)	0 (1)	9,975	2	0,003**
	Não	2 (7,5)	28 (23,2)	1 (0)			
Norma de serviço	Sim	24	70	1	1,418	2	0,701
	Não	1	7	0			

Legenda: gl – graus de liberdade; p – valor de prova; ** significativo 1%.

Comparações de médias por sexo

Todos os valores de p obtidos foram superiores a 5%, pelo que as diferenças entre sexos não são estatisticamente significativas, exceto no terceiro elemento do feixe de intervenções. Neste caso, o valor de p obtido foi $0,039 < 5\%$, pelo que as diferenças entre sexos são estatisticamente significativas, sendo que, são os enfermeiros do sexo feminino que tem maior conhecimento (Tabela 13).

Tabela 13

Relação entre o conhecimento dos elementos do feixe de intervenções e o sexo

Elementos do feixe de intervenções	Sexo	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	Feminino	68,99 ± 14,47	MW=561,00	0,507
	Masculino	65,71 ± 16,51		
Cumprir a técnica assética no procedimento ...	Feminino	80,11 ± 9,59	MW=539,50	0,398
	Masculino	77,86 ± 8,02		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	Feminino	88,76 ± 12,64	MW=424,00	0,039*
	Masculino	81,63 ± 14,21		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	Feminino	56,74 ± 26,93	T=-0,461	0,646
	Masculino	59,82 ± 26,93		
Manter o cateter vesical seguro ...	Feminino	82,21 ± 19,10	T=0,673	0,502
	Masculino	78,57 ± 16,57		
	Feminino	39,33 ± 30,12	T=-0,633	0,528

Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	Masculino	44,64 ± 22,31		
Conhecimento global	Feminino	71,80 ± 10,76	T=0,527	0,600
	Masculino	70,18 ± 10,26		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de provam MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student;
* - significativo a 5%.

Comparações de médias por estado civil

A variável estado civil foi operacionalizada em duas categorias: solteiro, viúvo e separado e noutra casado e união de facto. As diferenças entre o estado civil não são estatisticamente significativas, $p > 0,05$ (tabela 14).

Tabela 14

Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por estado civil

Elementos do feixe de intervenções	Estado civil	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	Solteiro, viúvo, separado	70,71 ± 12,74	MW=986	0,598
	Casado, união de facto	67,73 ± 15,38		
Cumprir a técnica assética no procedimento ...	Solteiro, viúvo, separado	81,07 ± 9,94	MW=937	0,378
	Casado, união de facto	79,33 ± 9,20		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	Solteiro, viúvo, separado	87,24 ± 14,72	MW=1049	0,994
	Casado, união de facto	88,00 ± 12,44		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	Solteiro, viúvo, separado	62,50 ± 21,52	MW=830,5	0,098
	Casado, união de facto	55,17 ± 23,53		
Manter o cateter vesical seguro ...	Solteiro, viúvo, separado	79,76 ± 22,39	MW=1029	0,870
	Casado, união de facto	82,44 ± 17,31		
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	Solteiro, viúvo, separado	42,86 ± 31,07	MW=981	0,594
	Casado, união de facto	39,00 ± 28,55		
Conhecimento global	Solteiro, viúvo, separado	73,13 ± 11,64	T=0,899	0,371
	Casado, união de facto	71,00 ± 10,29		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de provam MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student.

Comparações de médias por habilitações literárias

Todos os valores de p obtidos foram superiores a 5%, pelo que as diferenças do conhecimento entre os enfermeiros licenciados e com mestrado não são estatisticamente significativas (Tabela 15).

Tabela 15

Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por habilitações literárias

Elementos do feixe de intervenções	Habilitações	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	Licenciatura	69,35 \pm 14,72	MW=877,00	0,295
	Mestrado	66,15 \pm 14,72		
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	Licenciatura	79,22 \pm 9,84	MW=847,00	0,219
	Mestrado	81,54 \pm 7,84		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	Licenciatura	87,20 \pm 14,02	MW=959,00	0,731
	Mestrado	89,56 \pm 9,53		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	Licenciatura	55,84 \pm 21,61	T=-0,994	0,323
	Mestrado	61,06 \pm 27,23		
Manter o cateter vesical seguro ...	Licenciatura	79,87 \pm 19,75	MW =807,5	0,123
	Mestrado	87,18 \pm 14,38		
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	Licenciatura	37,01 \pm 27,69	MW=765,00	0,062
	Mestrado	49,04 \pm 32,00		
Conhecimento global	Licenciatura	70,58 \pm 10,73	T=-1,641	0,104
	Mestrado	74,52 \pm 10,08		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de provam MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student..

Comparações de médias por categoria profissional

Todos os valores de p obtidos foram superiores a 5%, pelo que as diferenças não são estatisticamente significativas, exceto no quinto elemento do feixe de intervenções, cujo valor p foi de $0,012 < 5\%$. Assim, neste caso, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que os enfermeiros especialistas apresentam um maior conhecimento desse elemento do feixe de intervenções (Tabela16).

Tabela 16

Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por categoria profissional

Elementos do feixe de intervenções	Categoria profissional	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	Enfermeiro especialista	71,05 ± 15,21	T=1,328	0,187
	Enfermeiro generalista	67,08 ± 14,33		
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	Enfermeiro especialista	81,32 ± 9,63	T=1,251	0,214
	Enfermeiro generalista	78,92 ± 9,21		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	Enfermeiro especialista	89,85 ± 12,39	T=1,227	0,223
	Enfermeiro generalista	86,59 ± 13,33		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	Enfermeiro especialista	58,22 ± 25,38	T=0,355	0,723
	Enfermeiro generalista	56,54 ± 21,89		
Manter o cateter vesical seguro ...	Enfermeiro especialista	87,72 ± 15,35	T=2,552	0,012*
	Enfermeiro generalista	78,21 ± 19,75		
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	Enfermeiro especialista	40,79 ± 26,90	T=0,196	0,845
	Enfermeiro generalista	39,62 ± 30,58		
Conhecimento global	Enfermeiro especialista	73,82 ± 10,20	T=1,643	0,103
	Enfermeiro generalista	70,27 ± 10,78		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de prova MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student; * - significativo a 5%.

Comparações de médias por tipo de vínculo

Todos os valores de p obtidos foram superiores a 5%, pelo que as diferenças do conhecimento não são estatisticamente significativas.

Tabela 17

Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por tipo de vínculo

Elementos do feixe de intervenções	Tipo de vínculo	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	CITST	69,05 ± 14,52	T=1,213	0,228
	CITCT	62,50 ± 16,69		
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	CITST	80,32 ± 9,28	T=1,924	0,087
	CITCT	73,75 ± 9,16		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	CITST	87,82 ± 13,34	MW=345,00	0,641
	CITCT	87,50 ± 9,16		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	CITST	57,11 ± 23,25	T=-0,083	0,934
	CITCT	57,81 ± 23,10		
Manter o cateter vesical seguro ...	CITST	81,75 ± 18,84	T=0,073	0,942
	CITCT	81,25 ± 18,77		
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	CTST	41,05 ± 30,05	MW=289,00	0,242
	CTCT	28,13 ± 8,84		

Conhecimento global	CITST	71,87 ± 10,90	T=0,954	0,343
	CITCT	68,13 ± 6,78		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de provam MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student.

Comparações de médias por formação

Obtiveram-se diferenças, estatisticamente significativas, no segundo e sexto elemento do feixe de intervenções e, ainda no conhecimento global do feixe de intervenções pois $p < 0,05$. São os enfermeiros com formação que apresentam consistentemente médias de conhecimentos mais elevadas.

Tabela 18

Comparação do conhecimento dos elementos do feixe de intervenções atendendo à formação

Elementos do feixe de intervenções	Teve formação	$\bar{x} \pm s$	ET	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	Sim	69,17 ± 14,61	T=0,653	0,115
	Não	67,10 ± 15,10		
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	Sim	81,11 ± 9,43	T=2,189	0,031*
	Não	76,77 ± 8,71		
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	Sim	89,09 ± 11,62	T=1,545	0,125
	Não	84,79 ± 15,62		
Realizar a higiene diária do meato urinário...	Sim	59,03 ± 23,10	T=1,252	0,213
	Não	52,82 ± 22,98		
Manter o cateter vesical seguro ...	Sim	83,80 ± 18,55	T=1,734	0,086
	Não	76,88 ± 18,60		
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	Sim	44,10 ± 29,82	T=2,188	0,031*
	Não	30,65 ± 25,58		
Conhecimento global	Sim	73,30 ± 10,68	T=2,565	0,012*
	Não	67,58 ± 9,63		

Legenda: \bar{x} – média; s – desvio padrão; ET – estatística do teste; p – valor de provam MW – teste de Mann-Whitney; T – Teste T-Student;

* - significativo a 5%.

Correlações entre a conhecimento do feixe de intervenções com a idade e tempo de serviço

Todos os valores de p obtidos foram superiores a 5%, pelo que as correlações não são estatisticamente significativas, exceto no quinto elemento do feixe de intervenções, onde se obteve uma correlação estatisticamente significativa com o tempo de serviço. No entanto, o coeficiente de correlação tem um valor fraco (0,195).

Tabela 19

Correlações entre o conhecimento dos elementos do feixe de intervenções com a idade e tempo de serviço

Elementos do feixe de intervenções	Idade		Tempo Serviço	
	r	p	r	p
Evitar o cateterismo vesical documentar no processo clínico ...	-0,049	0,622	0,080	0,422
Cumprir a técnica asséptica no procedimento ...	0,044	0,659	0,146	0,142
Cumprir a técnica limpa no manuseamento ...	0,002	0,983	0,050	0,615
Realizar a higiene diária do meato urinário...	-0,036	0,721	-0,121	0,224
Manter o cateter vesical seguro ...	0,098	0,323	0,195	0,048*
Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical...	0,018	0,856	0,037	0,710
Conhecimento global	0,020	0,838	0,051	0,606

Legenda: r – Coeficiente de correlação; p – valor de prova; * - significativo a 5%.

4-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção pretendemos compreender e debater os resultados, tendo como guias orientadores os conhecimentos e os dados consultados na delineação da fundamentação teórica, associando os dados deste estudo com os resultados de investigações realizadas anteriormente neste âmbito. Salientando os resultados mais pertinentes obtidos e estabelecendo comparações entre o que se encontra descrito na literatura e em outros estudos de investigação da mesma área.

Neste estudo a maioria dos participantes é do sexo feminino, 86,4% da amostra, este valor corresponde à realidade dos dados da OE que em 2022, a nível nacional, 82% dos profissionais de enfermagem são mulheres, estes valores demonstram bem a realidade da profissão de enfermagem, que é em maioria constituída por enfermeiras. No estudo de Machado et al. (2021), obtiveram uma média de idades de $38,93 \pm 5,47$ anos, uma média de idade menor que a obtida no nosso estudo $41,66 \pm 7,61$ anos, registamos maior predomínio do grupo etário entre os 36-40 anos, com 30,1%, correspondendo ao grupo etário mais representativo de enfermeiros a nível nacional, segundo os dados da OE 2022.

As habilitações literárias revelam a grande percentagem na licenciatura nomeadamente, 74,8%, o que faz todo o sentido uma vez que, para o exercício da profissão, é a formação base obrigatória de todos os enfermeiros; segundo dados da OE em 2022, 77,20% dos enfermeiros possui o grau de Licenciatura e 6,57% têm o grau de Mestrado. A categoria profissional revela que 63,1% dos participantes é enfermeiro generalista e 36,9% tem especialidade em enfermagem. Em 2022, os dados da OE revelam que 29,8% de enfermeiros possuem especialidade, esta realidade tem vindo a aumentar nos últimos anos. A necessidade dos enfermeiros em se especializarem tem vindo a demonstrar interesse em aprofundar conhecimentos e prestar cuidados diferenciados.

Em relação ao tipo de vínculo a grande maioria tem CITST, 92,2% da população dos enfermeiros trabalha neste regime, 7,8% têm CITCT. O estudo de Gomes (2023) corresponde a estes dados, onde 86,76% dos enfermeiros têm CITST e 12,50% têm CITCT. O estudo de Silva (2021) apresenta resultados semelhantes em que apenas 4,7% dos enfermeiros tem CITCT, sendo que a restante amostra tem CITST. Em 2014, Palha, no seu estudo revela que 6,7% dos enfermeiros possuem um contrato de trabalho precário (CITST) e 93,3% têm um

vínculo definitivo à instituição onde trabalham. O tempo de serviço que apresenta uma maior representação foi o intervalo dos 10 aos 19 anos com 38,9 % da amostra. Sendo pouco representado o intervalo dos 30 aos 39 anos (7,7%). O estudo de Mariano (2021) tem maior representatividade de enfermeiros nas faixas etárias entre os 6-10 anos (23,20%) e entre os 11-15 anos (34,20%) e acima dos 30 anos tem a menor percentagem com apenas 10 enfermeiros (6,5%). No local onde é realizada a prestação de cuidados a população de enfermeiros é de 87% (90) onde se incluem as três unidades hospitalares, o que corresponde às necessidades laborais, uma vez que a nível hospitalar há uma maior absorção de recursos humanos, em comparação com os centros de saúde, onde a percentagem de enfermeiros da amostra é de 12,6% (13). Os dados da OE (2022) revelam que 45,57% dos enfermeiros trabalham a nível hospitalar e 8,74% em centros de saúde. O tipo de horário, por turnos, onde a maior percentagem de enfermeiros se inclui apresenta uma percentagem de 85,4%, o que corresponde às percentagens do local e trabalho, uma vez que a nível hospitalar a grande maioria dos serviços tem de ser assegurada turnos. O estudo de Gomes (2023) também mostra que o horário rotativo ou por turnos, apresenta respostas mais elevadas com 82,4% (112), os restantes 17,6 % (24) correspondem ao horário fixo. Silva em 2021 no seu estudo expõe que da sua amostra de enfermeiros 24,4% exercem horário fixo e a restante amostra encontra-se em horário por turnos (4% em horário de manhã/Tarde e 61,6% em regime de manhã/tarde/noite).

A formação deve ser constante na equipa de enfermagem, a OE (2019), reconhece a importância e a necessidade de apostar no conhecimento e na formação contínua dos seus membros, neste sentido, 69,9% dos enfermeiros responderam de forma positiva ao ponto “Teve formação sobre a prevenção de infeção associada a cateter vesical”.

A ULS, tem uma norma interna sobre a prevenção de infeção associada ao CV, o que corresponde ao que se encontra na presente norma da DGS (2022), que define a sua aplicação em contexto hospitalar, domiciliário, ambulatório e em cuidados de saúde primários, entre outros. Neste estudo, 92,2% dos enfermeiros responderam que conhecem a existência da norma interna no serviço. Mariano (2021), no seu estudo verifica o conhecimento dos participantes acerca da existência de um documento interno orientador para a prática de cuidados com o CV, a maioria, 83,90%, indica ter esse conhecimento. Um estudo feito por Mazzo et al. (2015), corresponde à implementação de protocolos em todos os serviços. Este

estudo realizado em vários hospitais revela que todos eles têm protocolo para a inserção do CV, de forma a padronizar o procedimento entre os enfermeiros.

O elemento: “Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de CV” revela uma percentagem de conhecimento elevada com 54,4 %. O estudo realizado por Whitaker et al. (2022) corresponde a estes dados: documentar no processo a necessidade/indicação do CV; considerar dispositivos externos urinários masculinos e femininos, juntamente com o uso do ecógrafo vesical para a equipa quantificar a retenção urinária, não realizando a cateterização por rotina, o que levou a diminuir as IUACV reforçando a importância de protocolar a cateterização vesical. Neste Elemento do feixe de Intervenções, a intervenção: utilização do ecógrafo automático para medir o volume de urina na bexiga, teve 98,1% de respostas negativas, uma vez, provavelmente a equipa não tem formação para o seu uso e como não há ecógrafo nos serviços, o seu uso não é lembrado pela equipa de enfermagem.

Baker et al. (2022), durante o seu estudo num hospital nos Estados Unidos aperceberam-se que não havia dispositivos externos urinários para mulheres (apenas havia para homens) e durante o estudo conseguiram implementar um dispositivo feminino, permitindo desta forma diminuir a inserção do CV. Coventry et al. (2021), no seu estudo constataram baixa adesão na documentação da opção alternativa considerada. Um estudo realizado num hospital de Portugal em 2017, sobre Cateterização Vesical no Doente Internado verificou uma taxa de doentes submetidos a cateterização vesical (47%) muito superior ao descrito em outros estudos semelhantes. A taxa de algaliação inapropriada foi elevada, verificou-se que em 39,4% dos doentes algaliados não existia um motivo válido (Brigas et al. 2020).

Os enfermeiros demonstram conhecimento elevado (67%) no elemento: Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem. Whitaker et al. (2022), reforçam ainda no seu estudo a higiene das mãos, a higiene perineal, a técnica asséptica, o uso de Kit, o uso de lubrificante, a realização do registo do tipo e o tamanho do CV. Anghinoni et al. (2018), realçam dentro deste elemento a importância de manter o sistema de drenagem fechado como medida de prevenção de ITU. Ainda sobre a cateterização intermitente um estudo com 9 pacientes, aos quais foi ensinada a técnica de autocateterismo foi feito reforço da lavagem das mãos com água e sabão, a fim de manter a técnica limpa (Lapides et al., 2016). Neste Elemento do Feixe de Intervenções presente, a

intervenção: Utilizo Kit de cateterismo vesical, teve 50,5% de respostas negativas, este resultado pode ser devido a não existência de Kits em alguns serviços.

O conhecimento dos enfermeiros no elemento: Cumprimento da técnica limpa no manuseamento do CV e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do CV ao sistema de drenagem em circuito fechado, revelaram um conhecimento elevado de 82,5%. Aqui mantém-se a higiene das mãos antes e após o manuseamento do CV e sistema de drenagem, com respostas 100% positivas na amostra deste estudo. A importância neste ponto é de relevar, uma vez que, num estudo realizado no norte de Portugal onde participaram 44 enfermeiros 100% considerou que a lavagem das mãos previne infeções, 79,5% consideraram o uso de luvas um fator de prevenção importante (Machado et al., 2021).

A drenagem de urina após o saco atingir 2/3 da sua capacidade tem vindo a ser referida por vários autores. Miranda et al. (2016) incluem no protocolo esta intervenção e Coventry et al. (2021), no seu estudo, constataram que a adesão às intervenções de manter a menos de 2/3 no saco coletor e os sistemas fechados foram realizados consistentemente bem através de auditorias (94% a 100% de conformidade). No presente estudo 88,3% responderam de forma positiva à drenagem do saco coletor após atingir os 2/3 da sua capacidade e 99% positivamente à manutenção do circuito fechado.

No elemento: Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador sobre cuidados de prevenção de infeção urinária revelou que a percentagem mais elevada vai para o conhecimento moderado. O estudo de Anghinoni et al. (2018) refere alto nível de adesão quanto à higiene perineal por parte da equipa de enfermagem. Mantém-se a higiene das mãos durante todo o processo do CV e a higiene perineal que entra nas intervenções de prevenção TUACV (Whitaker et al., 2022). Entre os indicadores com baixa adesão no estudo de Coventry et al. (2021) encontra-se a higiene diária perineal/peniana. Neste estudo, a percentagem de respostas corretas para a higiene diária do meato urinário foi de 88,3%. De forma a promover a reeducação vesical, podem desenvolver-se práticas de cuidados de enfermagem, centradas na técnica e no conhecimento da pessoa, na realização da cateterização vesical intermitente, bem como no ensino e instrução do doente para a autocateterização, como a medida mais adequada a assegurar em contexto domiciliário (Mendes et al., 2006). Lapidés et al. (2016), consideraram os ensinamentos ao doente e cuidador e

os resultados revelam claramente que o autocateterismo vesical pela uretra, limpo e intermitente, não estéril, em pacientes de ambos os sexos, auxiliará no tratamento e prevenção da infecção do trato urinário.

O Elemento do feixe de Intervenções: Manter CV seguro, com saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, apresenta valores de conhecimento elevado com percentagem de 70,9%. Dados corroborados por Miranda et al. (2016), ao avaliar a correta fixação do cateter; a manutenção do saco coletor abaixo do nível da bexiga; o volume de urina abaixo de 2/3 e o fluxo urinário desobstruído. No protocolo implementado no estudo de Whitaker et al.(2022) as intervenções de fixar o CV, certificar que o sistema de drenagem não está obstruído, manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga, também estão incluídas. A amostra deste estudo revela um baixo conhecimento na intervenção de fixar o CV na zona abdominal no homem com 52,4% de respostas negativas. 99% dos enfermeiros responderam de forma positiva na intervenção de manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga, não tocando no chão. Num hospital Australiano foram avaliados indicadores de cuidados ao CV, e demonstraram alta adesão a alguns cuidados com cateteres como: ter as bolsas de drenagem abaixo do nível da bexiga, fora do chão, menos de dois terços cheios e com o sistema fechado mantido foram realizadas consistentemente bem (94% a 100% de conformidade) (Coventry et al, 2021).

Avaliar diariamente a possibilidade de remover o CV, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter, neste campo o conhecimento revela-se baixo com percentagem de 54,4% de respostas incorretas. Estes dados podem estar relacionados com a não sensibilização para a remoção precoce do CV, por parte do profissional de saúde, aumentando o prolongamento no uso do CV. No presente estudo, as intervenções revelam todas elas baixo conhecimento, no entanto, a intervenção de manter o uso do CV, somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição teve 74,8% de respostas positivas. A implementação de um protocolo salienta a importância de registar diariamente o motivo de manter o cateter, por meio de prescrição de enfermagem e prescrição médica registradas em (Miranda et al., 2016).

Coventry et al. (2021), no seu protocolo também incluíram a consideração diária da remoção, no entanto houve baixa adesão no registo da data prevista para retirada do cateter.

Brigas et al. (2020), concluíram que a taxa de algaliação inapropriada foi elevada, este valor aumenta durante o estudo, uma vez que vários doentes permaneceram algaliados sem indicação. Em 2427 dias de algaliação registados, constatou-se que 43% (1046 dias) correspondiam a dias de algaliação inapropriada. Durante o estudo esta percentagem aumentou para 68% (total de 1651 dias), utentes que permaneceram algaliados sem indicação. Uma evidência franca da facilidade com que este dispositivo médico pode ser esquecido pelo profissional de saúde. O estudo de Brigas et al. ainda faz referência ao número médio de dias com CV por doente que foi de 12,6 dias, muito próximo do tempo médio do internamento (15,5 dias) e 37,3% os doentes foram desalgaliados no dia da alta clínica. Neste sentido, foi elaborado um protocolo de abordagem multidisciplinar, entre a equipa médica e de enfermagem, que inclui a obrigatoriedade de prescrição e registo diário do procedimento no processo clínico por parte do médico e inclui a aplicação de uma lista de verificação que permite ao enfermeiro retirar de forma autónoma o CV (Brigas et al. 2020). No estudo de Baker et al. (2022), alguns enfermeiros mostraram resistência em seguir o protocolo orientado pelos enfermeiros para retirar o CV, esta hesitação adveio de um baixo conhecimento, do potencial de desaprovação do médico e da falta de apoio dos colegas. Embora os enfermeiros tivessem autonomia para remover os CV desnecessários, ficou claro que a estratégia não estava inserida na prática de enfermagem.

O conhecimento do Feixe de Intervenções a nível global revela um conhecimento moderado dos enfermeiros. Nos resultados dos testes realizados com as variáveis sociodemográficas, a única variável com valor significativo foi a idade, os enfermeiros com 31 a 35 anos e 41 a 45 anos revelam um conhecimento elevado face ao que era esperado e tendência contrária nos enfermeiros com 36 a 40 anos, onde menos enfermeiros revelam um conhecimento elevado face ao esperado. Num estudo realizado em Portugal, num centro hospitalar da zona norte, num serviço de medicina intensiva, foi realizado um questionário a enfermeiros, onde entre os fatores sociodemográficos, a experiência e a formação profissional, foram construídas escalas relativas a 3 feixes de intervenção, entre eles, o feixe de intervenção para a prevenção da IUACV. Este estudo não teve valores significativos entre a pontuação do Feixe de Intervenções de prevenção da IUACV e os diferentes grupos etários (Machado et al., 2021). Existe uma associação, estatisticamente significativa, entre o conhecimento do feixe de intervenções e a existência de formação sobre a prevenção de infeção urinária, os enfermeiros

com formação apresentam conhecimento elevado. Este resultado corresponde à norma da DGS (2022), onde a formação dos profissionais deve ser reforçada, no sentido de implementar metodologias adequadas. Os enfermeiros com formação na área também apresentam mais conhecimento no Elemento “Cumprir técnica asséptica no procedimento do CV...” e no Elemento Avaliar diariamente a possibilidade de remover o CV...”. Baker et al. (2022), realizaram um estudo num hospital em Pittsburg e obtiveram bons resultados na Prevenção da IUACV após formar a equipa. Formações com protocolos de implementação em instituições de saúde beneficiam a padronização da manutenção dos dispositivos invasivos diminuindo a IUACV (Miranda et al., 2016). O estudo de Shadle et al. (2021), também incluiu a educação da equipa antes de iniciar o estudo, com bons resultados na diminuição da IUACV.

Os enfermeiros sexo feminino tem maior conhecimento no elemento “Cumprir técnica asséptica no manuseamento do CV e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do CV ao sistema de drenagem em circuito fechado”. Os resultados de Machado et al. (2021), revelam que os enfermeiros do sexo feminino apresentam uma média mais elevada, uma vez que assinalam melhores procedimentos em relação ao feixe de intervenções da IUACV. Este resultado pode ser influenciado pela amostra, uma vez que é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino.

Os enfermeiros especialistas apresentam um maior conhecimento do elemento do feixe de intervenções, “Manter o CV seguro com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade”. Mariano (2021) e Machado (et al. 2021) não encontram diferenças significativas entre o Feixe de Intervenções da IUACV com a categoria profissional.

CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos resultados podemos concluir que os enfermeiros revelam um conhecimento moderado do Feixe de Intervenções a nível global.

Neste estudo, a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino e casados, a faixa etária predominante é dos 36 a 40 anos, habilitados com a Licenciatura, sendo que as especialidades mais frequentes foram a de Enfermagem de Reabilitação e a de Médico Cirúrgica, com contrato individual de trabalho sem termo, tempo de serviço entre os 10 e os 19 anos, a maioria trabalha a nível hospitalar e no serviço de Medicina Interna, com horário por turnos e a maioria teve formação sobre IUACV e conhece a norma interna da instituição.

As intervenções que revelaram conhecimento baixo: “ Utilizo o ecógrafo automático para medir o volume de urina na bexiga”, “Utilizo o Kit de cateterismo vesical” , “Considero, em ambiente extra-hospitalar, com registo no processo clínico, a técnica limpa, uma alternativa aceitável para doentes que requerem cateterismo intermitente crónico”, “Divulgo folhetos ou outros materiais informativos”, “Realizo reuniões de sensibilização entre os cuidadores e profissionais de saúde”; “Realizo sessões de treino com doentes e cuidadores no local de prestação de cuidados”, “Treino doentes e cuidadores para técnica limpa de cateterização intermitente, no domicílio”, “No homem fixo o cateter na zona abdominal”, “Utilizo lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, obrigatoriamente, a razão para a permanência do CV”, “Desenvolvo protocolos de remoção do CV com a equipa de enfermagem” e “Implemento a suspensão automática da prescrição, às 48-72 h após a inserção”.

A idade e a formação sobre prevenção de infeção associaram-se com o conhecimento, os enfermeiros com 31 a 35 anos e 41 a 45 anos e os enfermeiros que tiveram formação, revelam um conhecimento elevado.

O sexo associou-se com o conhecimento no terceiro elemento do feixe de intervenções, o sexo feminino que tem maior conhecimento. A categoria profissional associou-se com o quinto elemento do feixe de intervenções, os enfermeiros especialistas apresentam um maior conhecimento. Os enfermeiros que tiveram formação apresentam um maior conhecimento no segundo e sexto elemento do feixe de intervenções e ainda no conhecimento global do

feixe de intervenções. Existem diferenças estatisticamente significativas no conhecimento dos elementos do feixe de intervenções por frequência de formação na área.

Os estudos em Portugal correspondem ao que se revela um pouco por todo mundo, é de uma importância fulcral a implementação de “Bundles” para uniformizar intervenções e diminuir as IACS.

Perante os resultados conseguidos, considera-se pertinente avaliar de forma persistente a necessidade de implementar e atualizar “Bundles” dar a conhecer alternativas ao uso do CV, retirar o mesmo sempre que este deixe de ser essencial para o tratamento do doente, assim como, desenvolver futuras investigações em contexto da IUACV no nosso país com recurso a amostras de maior dimensão. De forma a implementar o Feixe de Intervenções na totalidade, é imprescindível perceber quais as intervenções que revelam menor conhecimento e tentar orientar os serviços para colmatar estas lacunas. Neste estudo uma das dificuldades durante a recolha de dados online, foi a baixa adesão dos enfermeiros para o preenchimento do questionário, perceber a razão desta situação e sensibilizar os enfermeiros para a importância destes estudos seria de todo pertinente para investigações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- America, I. of M. (US) C. on Q. of H. C. in, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Anghinoni, T.H., Contrin, L. M., Beccaria, L.M., Frutuoso, I.S., Rodrigues, A.M., Wernek, A.L. (2018). Adesão Ao Protocolo De Prevenção De Infecção Do Trato Urinário. [Adesão ao protocolo de prevenção de infecção do trato urinário | Anghinoni | Revista de Enfermagem UFPE on line](#)
- Assembleia da República. Lei n.º95 de 2019 - Lei de Bases da Saúde, Pub. L. No. Lei n.º 95 de 2019 (2019). Diário da republica Serie I de 4 de setembro de 2019.
- Baker, B., D Shiner, D., Stupak, J., Cohen, V. Stoner, A. (2022). Reduction of Catheter Associated Urinary Tract Infections A Multidisciplinary Approach to Driving Change. 10.1097/CNQ.0000000000000429
- Daniela Félix Brigas, D.F., Madeira, M., Abrantes, C., Santos, F., Mendes, G., Marques, S.N., Pedroso, E. (2020). Cateterização Vesical no Doente Internado: Reduzindo as Complicações Associadas ao Procedimento. <https://doi.org/10.24950/O/28/20/3/2020>
- Cardoso, R. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde.(Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra.) Repositorio Cientifico Da Universidade De Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. [Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections \(2009\) \(cdc.gov\)](#)
- CDC. (2023). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscgaucurrent.pdf>
- Chenoweth, C. E. (2021). Urinary Tract Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 35(4), 857–870.
- Coventry, L., Patton, V., Whyte, A., Liu, X., Kaur, H., Job, A., Rei, M. (2021). Adherence

to evidence-based guidelines for indwelling urinary catheter management: A cross-sectional study. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.01.006>

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, do Ministério da Saúde.

Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 - Legislação Consolidada, Pub. L. No. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 (1976).

Direção geral da Saúde. (2013). *Relatório: Prevalência De Infecção Adquirida No Hospital E Do Uso De Antimicrobianos Nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*.

Direção Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção Geral da Saúde. (2011). Terapêutica de infeções do aparelho urinário- NORMA CLÍNICA. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/terapeutica-de-infecoes-do-aparelho-urinario-comunidade.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2018). Infeções e resistencias aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018. https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf

Direção Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical - NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 (2022).

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of

- healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospital 2011-2012. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-0>
- Fundação Calouste Gilbenkian. (2018). STOP infeção hospitalar. http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/532/desafio_infecoes.pdf
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 187 — 24 de Setembro de 2021*, 96–103.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Despacho nº 1090/2022 de 8 de setembro. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08*, páginas 93 - 99
- Gomes, F. (2023). Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros num Centro Hospitalar da Região Lisboa [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/45545>
- infopedia.pt - Dicionários Porto Editora (2023) Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Lapides, J., Diokno, A.C., Silber, J.S., Lowe, B.S. (2016). Autocateterismo Limpo e Intermitente no Tratamento de Doenças do Trato Urinário. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.10.097>
- Machado, A.G.F., Carvalho A.A.F., Macedo, A.P.M.C. (2021). APLICAÇÃO DE FEIXES DE INTERVENÇÃO NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PORTUGUESA. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43809>
- Manoukian, S., Stewart, S., Graves, N., Mason, H., Robertson, C., Kennedy, S., ... Reilly, J. (2021). Bed-days and costs associated with the inpatient burden of healthcare-associated infection in the UK. *Journal of Hospital Infection, 114*, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.12.027>
- Mariano, T. (2021). Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário

- associada ao cateter vesical: que realidade? [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=bdmAtUPg>
- Marôco, João (2018) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 7ª edição *Análise Estatística com o SPSS Statistics 7ª edição - João Marôco - Google Livros*
- Mazzo1, A., Godoy, S., Marchi L.A., Mendes,I.A.C., Trevizan, M.A., Rangel, E.M.L. (2015). *Cateterismo Urinário: Facilidades E Dificuldades Relacionadas À Sua Padronização*. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.186251>.
- Miranda, A. L., Oliveira, A.L., Nacer, D.T., Aguiar, C.A. (2016) Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 24, 2016, pp. 1-9. Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Brasil. DOI: 10.1590/1518-8345.0866.2804
- McNeill, L. (2017). Back to basics: How evidence-based nursing practice can prevent catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 37(4), 204-206. doi:10.7257/1053-816X.2017.37.4.204
- Mendes, M.F., Nogueira, A.M., Reis, S.I., Augusto, B., Henriques, F. (2006). A Auto-cateterização Intermitente na Reeducação Vesical - Aprendizagem de habilidades num contexto de cuidados continuados. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:84>
- Mitchell, B. G., & Ferguson, J. K. (2016). The use of clinical coding data for the surveillance of healthcare-associated urinary tract infections in Australia. *Infection, Disease & Health*, 21(1), 32–35.
- Nacional Healthcare Safety Network. (2013). Internal Validation of NHSN Patient Safety Component Data. https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/validation/2013-NHSN-IV-for-Facilities-2014_0610.pdf
- Nacional Healthcare Safety Network. (2023). Patient Safety Component Manual. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf
- Najjar-Debbiny, R., Chazan, B., Lobl, R., Greene, M. T., Ratz, D., Saint, S., ... Benenson,

- S. (2022). Healthcare-associated infection prevention and control practices in Israel: results of a national survey. *BMC Infectious Diseases*, 22(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07721-8>
- Nicolle, L. E. (2012). Urinary Catheter-Associated Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 26(1), 13–27. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2011.09.009>
- Oliveira, A.L.D., Soares, M.M., Santos, T.C.D. & Santos, A.D. (2014). Mecanismos de resistência bacteriana a antibióticos na infecção urinária. *Revista Uningá review*, 20(3), 65-71.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
- Ordem do Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 140/2019. 2.ª série — N.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção. consultado a 1 de abril <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23309/regulamento-da-compet%C3%A2ncia-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-em-preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Debate Controlo de Infeções em Doentes Algaliados. <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/eq-debate-controlo-de-infec%C3%A7%C3%A3o-em-doentes-algaliados/>
- OECD. (2018). *Stemming the Superbug Tide*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Stemming-the-Superbug-Tide-Policy-Brief-2018.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Palha, D. (2014). *O Presentismo em Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior

- de Enfermagem do Porto].Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9734>
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. (2015). Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10, páginas 2 - 10. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (2021). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103. Consultado a 22 de Abril de 2023. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico*(10), 27–39.
- PPCIRA. (2018). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do Programa Prioritário*.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros. (2015). file:///C:/Users/Apoio/Desktop/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Redder, J. D., Leth, R. A., & Møller, J. K. (2016). Analysing risk factors for urinary tract infection based on automated monitoring of hospital-acquired infection. *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 397–400.
- Rodríguez, E.O., Oliveira, J.K., Menezes, M.O., Silva, L.S., Almeida,D.M., Neto, D.I.(2018) Aderência de profissionais de saúde à higienização. *Revista de EnfermagemUFPE on line*,2018;12(6):1578-85. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230841p1578-1585-2018>
- Schreiber, P. W., Sax, H., Wolfensberger, A., Clack, L., & Kuster, S. P. (2018). The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(11), 1277–1295. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.183>
- Shadle,H.N., Sabol, V. P., Soares, A., Heather Stafford, H., Thompson J. A., Bowers, M.

- (2021). Uma Abordagem Baseada em Pacotes para Prevenir Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateter na Unidade de Terapia Intensiva. <https://doi.org/10.4037/ccn2021934>
- Silva, N., Martins, M. (2006). Infecção Urinária Hospitalar. Medidas de prevenção e controlo. CHNEinvestiga.<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19218/1/artigo%20ITU%202006.pdf>
- Snyder, M.D., Priestley, M.A., Weiss, M., Hoegg, C.L., Plachter, N., Ardire, S., Thompson, A. (2020). Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Pediatric Intensive Care Unit. <https://doi.org/10.4037/ccn2020438>
- Silva, C. (2021). O Trabalho por Turnos e Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4027>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2ª edição). Editora FIOCRUZ. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Pediatric Intensive Care Unit. <https://doi.org/10.4037/ccn2020438>
- Stewart, S., Robertson, C., Pan, J., Kennedy, S., Haahr, L., Manoukian, S., ... Reilly, J. (2021). Impact of healthcare-associated infection on length of stay. *Journal of Hospital Infection*, 114, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026>
- Thandar, M. M., Rahman, M. O., Haruyama, R., Matsuoka, S., Okawa, S., Moriyama, J., ... Baba, T. (2022). Effectiveness of infection control teams in reducing healthcare-associated infections: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17075. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417075>
- Taylor, S.J.; Payne, E.; Magers, T. (2016). Reducing Catheter Associated Urinary Tract Infections: A Never Ending Story! *American Journal of Infection Control*, 44(6), S98–S98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.04.128>
- Vilelas, J. (2020). Investigação – o Processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 9789895610976.
- Werneburg, G. T. (2022). Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Current Challenges

and Future Prospects. *Research and Reports in Urology*, Volume 14, 109–133.
<https://doi.org/10.2147/RRU.S273663>

Whitaker, A., Colgrove, G., Scheutzow, M., Ramic, M., Monaco, K., Hill, J.(2022).
Decreasing Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) at a community
academic medical center using a multidisciplinary team employing a multi-pronged
approach during the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.08.006>

Zimlichman, E., Henderson, D., Tamir, O., Franz, C., Song, P., Yamin, C. K., ... Bates, D.
W. (2013). *Health Care–Associated Infections. JAMA Internal Medicine*, 173(22), 2039.

Anexos

Anexo I - Elementos do Feixe de Intervenções (DGS)

Ações para implementação e melhoria	
Elementos do Feixe de Intervenções	Ações para implementação
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)	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) (1,3,11–13,17,23,24,31,37,42–44). 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)
2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) (1,2,4,10,11,14–18,19,20)	1. Assegurar que a inserção de cateter vesical com técnica assética 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) (1,3,10–13,17,18,23,24,37,47,48). 3. Utilizar técnica assética 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) (1,3,9,11,13,17–19,19,22–24,31,37,38,43,47,47-50). A utilização de Kits de cateterismo vesical pré-preparados promove a uniformização de procedimentos (Questão não resolvida) (23,24,42). 4. Realizar higiene das mãos antes e após a inserção do cateter vesical. (Categoria IB) (1,3,9,11,13,17–19,19,22–24,31,37,38,43,47-50). 5. Conectar o cateter vesical ao saco de drenagem imediatamente após a inserção, de forma a assegurar sistema de drenagem fechado (Categoria 1A) (1,3,11,13,14,17,22–24,31,38,42,48,49). 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) (1,3,11,13,17,23,24,31,43,46) 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)
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) (1-4,10-17,21,22)	1. Realizar higiene das mãos antes e após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem (Categoria IB) (1,3,11,13,17,23,24,31,38). 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).
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 infecção urinária associada a cateter vesical (Categoria IB) (8,12,25,51)	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) : 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) (1,3,4,10,11,13–17)	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) (1) . 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, 23,24,38). 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) (1,3,11,13,17,23,24,31,42). 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 registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (Categoria IB) (1,3,4,10,11,13–17,26,27)	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) (18,26,49) . 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) (3,17,18,26,27,42,50) .

Anexo II 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 infeção 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): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

Anexo III Instrumento de recolha de dados

Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica

Instrumento de Recolha de Dados

ANALISAR O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO FEIXE DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

Mestranda: **Luísa Rodrigues nº 28152**
Orientador: Prof. Doutora Matilde Silva Martins

ESTUDO: analisar o conhecimento dos enfermeiros em relação ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical.

Ex.ma Senhora Enfermeira/ Ex.mo Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega, o meu nome é Luisa Margarida Alves Rodrigues, sou Enfermeira e encontro-me a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde.

Nesse âmbito, pretendo desenvolver o estudo “O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O FEIXE DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL”. Este estudo tem como objetivo geral: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O FEIXE DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL.

Este estudo é direcionado a todos os enfermeiros que trabalhem na ULSNE e que se encontrem na prestação direta de cuidados ao utente.

O estudo está sob a orientação Científica da Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins (matildemartins@ipb.pt), Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança.

Neste sentido, sintá-se convidado a participar neste estudo, preenchendo o questionário que se segue. O seu contributo, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo.

A sua opinião é muito importante e por isso, pedimos-lhe que responda com o máximo de sinceridade, pois não existem respostas certas nem erradas

Qualquer esclarecimento adicional por favor contacte: luisamargaridaar@gmail.com

Obrigada pela sua Participação

Luísa Margarida Alves Rodrigues

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois será consagrada a obrigação e dever do sigilo profissional. Os dados serão tratados através do global da amostra apenas para efeitos estatísticos e discussão científica suportada em evidências. Pode desistir a qualquer momento da sua participação no estudo.

Declaro ter lido e compreendido esta informação. Tomei conhecimento dos objetivos, procedimentos, modo de participação, anonimato e confidencialidade dos dados. Fui informado(a) que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário e permitindo a utilização dos dados que voluntariamente faculto.

Sim

Não

Neste momento encontra-se na prestação direta de cuidados ao utente?

Sim

Não

QUESTIONÁRIO

Parte I

Caraterização sociodemográfica e profissional

(Preencha ou coloque uma cruz (X) na(s) resposta(s) que corresponde(m) à sua situação)

1. – **Idade:** _____ anos

2. **sexo** Feminino Masculino

3. **Estado Civil**

- Casado
- Solteiro
- União de fato
- Viúvo/a

4. **Habilitações académicas: (assinale a qualificação mais alta)**

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5– Categoria profissional:

- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro especialista:
 - Enfermagem Comunitária
 - Enfermagem Médico-cirúrgica
 - Enfermagem de Reabilitação
 - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 - Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia
 - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

6- Tipo de vínculo Profissional:

- Contrato de trabalho em funções públicas sem termo (antigo quadro da função pública)
- Contrato individual de trabalho sem termo
- Contrato individual de trabalho com termo
- Contrato de substituição

7– Presta cuidados:

- Hospital _____ Serviço _____
- Centro de saúde
 - CS Alfândega Da Fé
 - CS de Bragança I (Sé)
 - CS de Bragança II (Santa Maria)
 - CS de Carrazeda de Ansiães
 - CS de Freixo de Espada a Cinta
 - CS de Macedo de Cavaleiros
 - CS de Miranda do Douro
 - CS de Mirandela I
 - CS de Mirandela II
 - CS de Mogadouro
 - CS de Torre de Moncorvo
 - CS de Vila Flor
 - CS de Vimioso
 - CS de Vinhais

8– Tipo de horário

- Fixo
- Por turno

9-Tempo de serviço _____ Anos

10- Teve formação sobre a prevenção da infecção associada ao cateter vesical?

- Sim
- Não

11- Existe no seu serviço uma norma sobre prevenção da infecção associada ao cateter vesical?

- Sim
- Não

Parte II

	Intervenções de Enfermagem com o cateter vesical	Sim	Não
1	Realizo cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada.		
2	Considero alternativas ao cateter vesical e documento a alternativa		
3	Utilizo ecógrafo automático portátil para medir o volume da urina na bexiga.		
4	Não realizo por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica, se necessária removo até as 24H		
5	Documento o motivo clínico da inserção, de preferência em áreas passíveis de produzir indicadores.		
6	Asseguro que a inserção do cateter vesical com técnica asséptica é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino.		
7	Garanto a escolha do calibre adequado do cateter vesical (Menor calibre possível, comprimento adequado e tipo de cateter).		
8	Utilizo técnica asséptica e material esterilizado.		
9	Utilizo lubrificante em seringa pré cheia esterilizada de uso único.		
10	Utilizo Kit de cateterismo vesical.		

11	Realizo higiene das mãos antes e depois da inserção do cateter vesical.		
12	Conecto o cateter vesical ao saco de drenagem antes da sua inserção.		
13	Conecto o cateter vesical ao saco coletor imediatamente após a sua inserção.		
14	Realizo registo do calibre, tipo de cateter vesical e data de inserção.		
15	Considero, em ambiente extra-hospitalar, com registo no processo clínico, a técnica limpa, uma alternativa aceitável para doente que requerem cateterismo intermitente crónico.		
16	Realizo higiene das mãos antes do manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.		
17	Realizo higiene das mãos após manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.		
18	Uso luvas e avental durante o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem.		
19	Asseguro que os assistentes operacionais esvaziam o saco coletor de urina sempre que sejam atingidos 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual.		
20	Verifico se a válvula de despejo não toca nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem.		
21	Asseguro que o cateter vesical é mantido conectado ao saco de drenagem (circuito fechado)		
22	Realizo colheita de urina para urocultura preferencialmente por picada do cateter com agulha estéril sempre que não haja ponto de recolha próprio.		
23	Realizo diariamente a higiene do meato urinário no doente algaliado, com água e sabão.		
24	Realizo a higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário.		
25	Efetuo educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical.		
26	Divulgo folhetos ou outros materiais informativos.		
27	Realizo reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais de saúde.		
28	Realizo sessões de treino com doente e cuidadores no local de prestação de cuidados.		
29	Treino doentes e cuidadores para técnica limpa de cateterização intermitente, no domicílio.		

30	Documento no processo clínico as ações de educação.		
31	Fixo o cateter de modo seguro para evitar tração ou deslocação.		
32	No homem fixo o cateter vesical na zona abdominal.		
33	Na mulher fixo o cateter vesical na zona da coxa.		
34	Mantenho o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído.		
35	Mantenho o saco coletor abaixo do nível da bexiga. Não tocando no chão.		
36	Considero as necessidades do doente em ambulatório (preferências pessoais e mobilidade, tipologia de saco coletor e suspensão/posição do mesmo)		
37	Utilizo lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, obrigatoriamente, a razão para a permanência do cateter vesical.		
38	Desenvolvo protocolos de remoção do cateter vesical com a equipa de enfermagem		
39	Implemento a suspensão automática da prescrição, às 48-72h após a inserção.		
40	Mantenho o uso do cateter vesical, somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição.		

Responda a cada afirmação assinalando com (X) a opção que melhor corresponde à sua opinião

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo IV Autorização da Comissão de Ética

Reunião CA 18.01.2023
Gulbani

Dr. Carlos Alberto Vas
Presidente da
Comissão de Administração
Iden.º 5/2023

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

AVALIAR O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O FEIXE DE INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de CE de 08 de fevereiro de 2023, entendeu nada ter a opor ao presente trabalho atendendo ao interesse científico do mesmo e estarem reunidos os pressupostos legais.

Solicitar o compromisso da entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Ana Catarina Fernandes Pires
Maria Judite Ramos Marques
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Aprovado por unanimidade.

Presidente da Comissão de Ética



Despacho do P.C.A.:

Apêndice

Relatório de estágio



Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de
Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins
Categoria – Professora Adjunta Afiliação – Escola Superior de Saúde –
Instituto Politécnico de Bragança

Luisa Margarida Alves rodrigues

Bragança, julho 2018

Abreviaturas e/ou Siglas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CVC-Cateter Venoso Central

DGS- Direção Geral de Saúde

IACS-Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

SH- serviço de Hemodiálise

SMI-Serviço de Medicina Intensiva

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

ULSNE-Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER-Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMNI- Ventilação Mecânica não Invasiva

VNI-Ventilação Mecânica Invasiva

Índice	
<u>Introdução</u>	5
<u>Contextualização dos Ensinos Clínicos</u>	6
<u>Objetivos gerais:</u>	6
<u>Objetivos específicos:</u>	7
<u>Serviço de Hemodiálise</u>	8
<u>Serviço de Urgência</u>	9
<u>Serviço de Medicina Intensiva</u>	10
<u>Análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências</u>	12
<u>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</u>	13
<u>Domínio da gestão da qualidade</u>	14
<u>Domínio da Gestão dos Cuidados</u>	15
<u>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</u>	16
<u>Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica</u>	17
<u>Conclusão</u>	23
<u>Bibliografia</u>	25

Introdução

Com a evolução dos tempos aumenta a exigência da sociedade em cuidados de excelência, a enfermagem vê-se impelida a estar um passo à frente. O avanço científico e tecnológico impõe cada vez mais a prestação de cuidados complexos obrigando a tomadas de decisões refletidas e fundamentadas. Deste modo, os profissionais de saúde e os enfermeiros em específico, são desafiados a procurar formação constante e académica especializada para obterem um crescimento pessoal e profissional que os mantenha atualizados e capazes de dar resposta à evolução dos tempos.

O presente relatório reporta-se à descrição dos estágios no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto Politécnico de Bragança, realizados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), no Serviço de Urgência (SU) e no Serviço de Hemodiálise (SH) de uma Unidade Local de Saúde. Os estágios realizados tiveram um total de 168 horas, em cada local de estágio. Têm como objetivo evidenciar e documentar as principais contribuições do estágio para desenvolver competências especializadas na abordagem ao doente crítico.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exige cuidados qualificados, realizados de forma permanente à pessoa que apresenta uma ou mais funções vitais em risco iminente, em resultado das necessidades afetadas e mantendo as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando sequelas, tendo em vista a sua recuperação total. (Regulamento nº 124/2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) o enfermeiro especialista é um profissional de enfermagem que adota uma compreensão mais extensa sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e alterações de saúde, e uma resposta de elevado grau de adaptação às necessidades da pessoa.

A OE (2017) refere o valor da formação contínua, em particular a dos enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica, pois “(...) reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem”.

Como metodologia para a elaboração deste relatório adoto o método descritivo recorrendo à pesquisa bibliográfica, anotações e reflexões registadas no decorrer dos estágios. No intuito expor as atividades e competências adquiridas, o relatório foi estruturado em três partes: introdução, contextualização dos ensinamentos clínicos e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.

O relatório apresenta os estágios efetuados, onde constam os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e competências adquiridas e tem como finalidade servir de instrumento para certificação de competências técnicas, humanas, relacionais e comunicacionais como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Esta estrutura permite englobar todos os aspetos relevantes do estágio, dando ênfase ao valor que o enfermeiro com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica revela na abordagem ao doente crítico.

Contextualização dos Ensinamentos Clínicos

O estágio decorreu no SH, no SU e no SMI. Enuncio, de seguida, os objetivos gerais e os específicos para cada campo de estágio, fazendo em simultâneo uma breve caracterização de cada serviço, das atividades e as oportunidades de aprendizagem neles conseguidas.

Objetivos gerais:

- Saber aplicar, gerir e compreender adequadamente os conhecimentos tendo em vista a resolução de problemas em situações relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;

- Desenvolver e identificar competências baseadas em sólidos padrões de conhecimento relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;

- Refletir sobre as competências e as vivências complexas do doente do foro crítico.

Objetivos específicos:

Serviço de Hemodiálise:

- Tomar consciência da orgânica funcional do SH;
- Adquirir competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação cuidados em contexto de um SH.
- Reconhecer e antecipar complicações do doente hemodialisado;
- Promover o controlo de infeção;

Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

- Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica ao doente crítico/família, numa situação de emergência;
- Desenvolver processos de tomada de decisão fundamentada, perante situações imprevistas e complexas, atendendo às evidências científicas, sociais e éticas, com as competências diferenciadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.
- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados ao doente crítico.

Serviço de Medicina Intensiva (SMI)

- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados de um serviço de medicina intensiva;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente cirúrgico com ventilação mecânica invasiva (VMI);

- Contribuir para a manutenção da segurança do doente através da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde;

Serviço de Hemodiálise

O Primeiro estágio foi realizado no SH e decorreu de 8/1/2018 a 23/2/2018, sob a orientação da Professora Doutora Matilde Martins, num total de 168 horas.

O espaço físico do SH é constituído por três espaços, sendo a capacidade total de 12 doentes por turno, que inclui os turnos manhã, tarde e noite. O número máximo de doentes que podem passar pelo serviço é de 72 doentes. Cada sala está equipada com o material indispensável para a concretização da técnica dialítica. Ainda neste serviço existe a sala de enfermagem, a copa, a sala de espera, o armazém de medicação e alimentação, as casas de banho para doentes e profissionais e armazém de material. Tem ainda o carro de emergência e respetivo monitor/desfibrilhador.

O serviço de nefrologia e de hemodiálise pratica cuidados diferenciados no cuidado à pessoa com doença renal crónica, a doentes de ambulatório abrangendo o distrito de Bragança, no entanto também pode receber doentes de qualquer parte do mundo que se encontrem deslocados da sua área de residência, presta ainda cuidados a todos os doentes que se encontram em serviço de internamento no hospital com necessidade de efetuar técnica dialítica.

A nível de recursos humanos, em cada turno, a equipa é composta por: 3/4 enfermeiros, 1 médico, 2 assistentes operacionais, 1 segurança partilhado e 1 administrativo, articulando com o respetivo apoio do armazém, da farmácia e do motorista do hospital. O procedimento dialítico dos utentes é realizado em 2 turnos diários de 8 horas (manhã e tarde), com 3 horários de diálise, sendo que o serviço funciona de segunda-feira a sábado das 8:00 às 24:00.

A escolha deste serviço deve-se à ausência de experiência profissional nesta área e na necessidade de alcançar competências neste contexto, havendo aqui uma falha do meu percurso académico e profissional. Este campo de estágio impôs desde o início a adquirir

conhecimentos que para além da componente teórica do curso procurei a melhor evidência científica e bibliografias disponíveis.

Este local de estágio, revelou-se no ganho de competências específicas e complexas aprofundadas e num combinado de conhecimentos fundamentais à minha prática profissional diária e bem como para os campos de estágio seguintes.

Serviço de Urgência

O tempo de estágio do SU, decorreu no período de 11/3/2018 a 20/4/2018 sob a tutela do Enfermeiro Pedro Rosa Rodrigues, com uma duração de 168 horas.

O SU apresenta-se como o “rosto” da unidade hospitalar é aqui que se realiza uma a primeira abordagem ao doente em estado crítico, chegando a receber centenas de doentes por dia. Estes doentes necessitam dos princípios técnicos, científicos e comportamentais que encaixam nos critérios do doente crítico, da parte dos profissionais de saúde.

O SU esta localizado no piso 0, onde são admitidos doentes de todo o distrito de Bragança. Admite e presta cuidados a todo tipo de doentes (de baixo, médio e alto risco), ou seja, doentes não urgentes, urgentes e emergentes, são doentes muitas vezes com risco iminente de vida que necessitam de uma rápida avaliação e intervenção, nas áreas da medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, psiquiatria, patologia clínica e anestesiologia.

A entrada no SU é realizada através do Sistema de Triagem de Manchester, que possibilita estabelecer uma triagem de prioridades clínicas de atendimento, através de uma primeira avaliação do doente, com base na queixa exposta, sintomatologia relatada e na reconhecimento de critérios de gravidade, atribuindo um fluxograma que permite criar um nível de prioridade clínica, atribuindo a previsão do tempo até ao atendimento médico Este atendimento é realizado por um enfermeiro e abrange cinco categorias diferenciadas por cores, por ordem crescente de gravidade: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

Em relação aos recursos humanos, o SU conta com uma vasta equipa multidisciplinar constituída por médicos de várias especialidades, enfermeiros e assistentes operacionais. Os enfermeiros são repartidos por áreas: 1 enfermeiro na triagem, 1 responsável pela urgência pediátrica e urgência intra-hospitalar, 1 na sala de emergência e sala laranja, 1 que dá apoio à zona de macas e cadeirões. Estão ainda distribuídos 2 enfermeiros na sala de observações com capacidade para 8 doentes, todas as unidades são dotadas de equipamento de urgência/emergência.

O SUP tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), sendo que a equipa se encontra na prestação de cuidados ao doente emergente/crítico da urgência. A equipa da VMER é formada por um médico e um enfermeiro com formação específica ministrada pelo INEM.

No SU, atualmente estão em vigor três vias verdes: Via Verde de Trauma, Via Verde de Sepsis, Via Verde de AVC, as quais permitem que doentes com determinadas patologias possam ser logo atendidos e tratados. Cada via verde obedece a critérios distintos de ativação o que permite que o doente possa ser atendido de forma precoce, diminuindo a morbilidade e/ou mortalidade. As Vias Verdes são sistemas de resposta rápida, com algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos onde a relação entre o tempo para a realização de um conjunto de atitudes clínicas é decisiva no efeito terapêutico.

De forma a alcançar os objetivos traçados, foquei a minha prática na sala de emergência, estando esta vocacionada para um atempado atendimento e reconhecimento de situações críticas, seguido de uma abordagem diagnóstica e terapêutica, que culminam na correta estratificação do doente.

Serviço de Medicina Intensiva

O estágio no SMI, decorreu de 4/5/2018 a 12/6/2018, sob tutela do enfermeiro Pedro Rosa Rodrigues, com a carga horária de 168 horas.

Este serviço, está incluído no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULS, recebe todos os doentes de quadro crítico e com falência multiorgânica,

grande parte vindos do SU, e doentes de outros serviços e hospitais da ULS, e recebe ainda doentes transferidos de outros hospitais que vêm para a sua área de residência.

O SMI encontra-se no piso 0, junto do SU. O espaço físico é constituído por sala de espera; sala da família, (utilizada para informar familiares relativamente ao estado de saúde do utente, de forma mais reservada); área de stock para a farmácia, área de armazenamento de stocks de soros e onde fica a Pyxis medStation System®; área de prestação de cuidados, formada por 10 unidades do doente (no momento, oficialmente só estão 8 camas contratualizadas), uma das quais unidade de isolamento. Neste espaço está o carro de emergência com o monitor desfibrilhador; o armazém; uma copa; o gabinete da enfermeira chefe e médico; a casa de banho; a área de sujios, para os lixos recolhidos, material sujo e roupa suja. Esta área tem saída direta para o exterior.

A equipa multidisciplinar é composta pela equipa de enfermagem, equipa médica (em presença física nas 24 horas) e assistentes operacionais. Da equipa fazem parte nutricionistas, fisioterapeutas e 1 farmacêutico. O rácio de enfermeiro/utente é de um enfermeiro para dois utentes e o método de trabalho utilizado é o método individual. Tem capacidade para receber 10 utentes, sendo que oficialmente só 8 camas é que estão contratualizadas. Possui ainda um quarto de isolamento. As unidades dos doentes encontram-se num open space permitindo uma avaliação contínua contribuindo para uma maior otimização dos cuidados. Cada unidade do utente esta equipada com monitores que permitem o registo contínuo dos parâmetros vitais, sistemas de bombas infusoras e ventilador.

No SMI estão doentes em condição crítica com necessidade de ventilação mecânica ou de vigilância hemodinâmica contínua, que necessitam de cuidados permanentes a nível de manutenção da via aérea por entubação orotraqueal ou traqueostomia percutânea, montagem e teste do ventilador, preparação do material e apoio em técnicas invasivas como a colocação de cateter central e linhas arteriais, realizar colheitas de sangue para gasometrias, efetuar registos dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios e manipulação de Cateter Venoso Central(CVC) e Cateter Arterial, técnicas de substituição renal intermitentes e contínuas. Para assegurar a prestação de cuidados específicos ao doente ventilado, aprofundei conhecimentos acerca dos equipamentos, dos diferentes modos ventilatórios e dos procedimentos envolvidos. Realizar o desmame do ventilador e proceder à extubação do

doente, foi uma oportunidade que surgiu durante o estágio, participando no procedimento e pedindo a sua colaboração para manter a calma uma vez que é um momento que causa alguma ansiedade, promovendo a interação enfermeiro/utente. Particpei na entrada de doentes e respetiva preparação da unidade do doente (monitor, ventilador, seringas infusoras) e rastreio séptico ao doente na admissão.

Análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

Ao longo dos estágios realizados, no SMI, no SU e SH foram desenvolvidas atividades, relacionadas com as competências a atingir no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

O SMI, o SU e na SH pelas particularidades que lhes são próprias tornam-se locais de preferência no cuidar do doente em situação crítica. Durante o decurso dos vários ensinios clínicos, foi minha intenção prestar cuidados à pessoa/família a experienciar processos complexos de patologia em situação crítica, tendo sempre como referência a OE.

De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, este é um enfermeiro que reúne um combinado de conhecimentos e habilidades aprofundadas, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas (Regulamento N° 122/2011).

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista é o profissional com um domínio de conhecimentos e aprendizagens específicas de enfermagem, decorrentes de um aumento e alargamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Estas competências repartem-se em 4 domínios:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua de cuidados;
- Domínio da gestão dos cuidados;

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

Neste sentido apresento a análise descritiva e reflexões pertinentes das competências comuns do enfermeiro especialista por mim desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal remete para o processo de tomada de decisão que é intrínseco à prática diária do enfermeiro, na sua prestação de cuidados de enfermagem, com impasses éticos e a tomada de decisões complexas que exigem uma análise ponderada, perante questões de complexa resolução.

Durante a prestação de cuidados tive uma abordagem especial para com a pessoa como um ser único, promovendo uma boa relação com o doente, respeitando os seus direitos, suscetibilidades e dignidade de cada um, inserida numa cultura com valores e crenças próprias, com direitos e deveres, respeitando-a e não fazendo juízos de valor.

Os dilemas ético-legais e a tomada de decisão são uma presença na prática dos cuidados de enfermagem. Todos os dias o enfermeiro se depara com a necessidade de resolução de problemas que necessitam de recolha de informação preliminar, o equacionar de várias hipóteses, o raciocínio interpretativo, a avaliação das alternativas colocadas e, por fim, a escolha daquela que for favorecida por maior evidência (Nunes, 2006).

Constatei que ao longo do percurso clínico, que a tomada de decisão, é geralmente feita em equipa, em que médicos e enfermeiros em estreita colaboração se reúnem para decidir questões relativas ao doente sustentadas em valores éticos e deontológicos.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, este vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente (Artigo Nº 86 – Do Respeito pela Intimidade).

Em relação à privacidade do utente no SU é difícil de ser assegurada, devido à elevada afluência de doentes e à orgânica/estrutura física do próprio serviço, desta forma, sempre que

era necessário realizar algum procedimento invasivo tive o cuidado de colocar o utente num gabinete, ou proceder à utilização de cortinas de modo a promover a privacidade do utente.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados no processo (Artigo N° 85 – Dever do Sigilo).

O sigilo profissional é outro aspeto difícil de gerir no SU. Para minimizar a fuga de informação evitei falar nos corredores e adotei um tom de voz baixo ao comunicar com o doente/família. No SU a passagem de turno era realizada na sala de enfermagem, pelo que o sigilo da informação estava devidamente assegurado e permanecia no seio da equipa. No SMI esta questão tem ainda maior ênfase pela a sua organização em open space a mesma era feita junto à unidade do doente e não coincidindo com o horário de visitas garantindo a confidencialidade da informação transmitida.

Domínio da gestão da qualidade

A exigência e a excelência pela qualidade têm vindo a aumentar o que obriga às organizações a adequar estratégias mais eficientes. Uma das funções principais de cada organização passa pela qualidade dos serviços que fornece, isto é, uma organização é assumida como sendo de qualidade quando dá resposta às necessidades e expectativas do doente (Frederico e Leitão, 1999).

A implementação de sistemas de qualidade tem vindo a ser uma prioridade na área da saúde. Esta responsabilidade não compete apenas aos enfermeiros, compete também às instituições de saúde, que necessitam de adequar e criar recursos para um exercício profissional de qualidade.

As organizações devem cumprir as necessidades dos enfermeiros, para que estes se dediquem igualmente na melhoria da qualidade (OE, 2001).

Como aluna de mestrado os serviços onde prestei cuidados foi cuidado constante conhecer e cumprir normas e protocolos instituídos agindo em consoante com os

mesmos. Os protocolos são de fácil acesso, estando disponíveis em suporte de papel ou na Intranet, podendo consulta-los em qualquer computador do hospital. Desta forma permite uniformizar cuidados e responsabilizar os profissionais de saúde de forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados. Pesquizei ainda os guias de auditorias a que muitos dos cuidados de enfermagem são sujeitos, de forma a garantir a execução adequada das normas e protocolos estabelecidos.

Para Pereira (2005), a execução de registos é imprescindível na prestação, individualização e continuidade dos cuidados, como para a melhoria do trabalho em equipa multidisciplinar. Os registos permitem proteção legal e é mediante os registos que os enfermeiros dão destaque ao seu trabalho, fortalecem a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Registos completos e atualizados garantem a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao utente. No que diz respeito à elaboração dos registos de enfermagem, tive oportunidade de realizar registos a nível informático através do programa SClinico Hospitalar no SU e SH. No SMI os registos de enfermagem eram feitos em papel, em folha própria.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Faz parte da competência do enfermeiro especialista a gestão dos cuidados, segundo a OE (2010, p.13) “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

A obtenção de competências nesta área de conhecimento deve-se em grande parte à importância das matérias lecionadas durante o mestrado enfermagem médico-cirúrgica, unidade curricular – Gestão em Enfermagem, na qual se foram tratados os temas como liderança de equipas e gestão dos cuidados de enfermagem.

Pessoalmente foi essencial desenvolver competências que me possibilitaram ter uma visão mais eficaz da gestão dos recursos humanos, físicos e materiais promovendo a participação na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

A aplicação eficaz dos meios existentes, permite conseguir mais qualidade com o consumo mínimo de recursos. Quando se aumentam as competências, acrescentam-se as responsabilidades. O enfermeiro especialista, na equipa da qual faz parte, é responsável pela gestão de cuidados, assumindo a responsabilidade do turno, orientando questões burocráticas e gestão de recursos.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, pude verificar que a gestão dos cuidados ficava a cargo do Enfermeiro Chefe, na sua ausência era o enfermeiro especialista o responsável pela gestão dos recursos e dos cuidados.

Os conhecimentos adquiridos permitem-me como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica conseguir mais conhecimento e habilidades para lidar com situações mais complexas, possibilitando-me uma gestão de cuidados, que promove, a qualidade dos mesmos, sempre com base na evidência científica.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro, como profissional de saúde, tem de ser prático e criativo na solução de problemas, deve ter um vasto conhecimento, e ter habilidades nas relações humanas. Para tal, tem de ser uma pessoa capaz de investir no seu autoconhecimento. A facilidade que uma pessoa tem de se reconhecer a si mesma, facilita o estabelecimento de relações mais humanas consigo mesmo e com os outros (Esperidião, Munan & Stacciarini, 2002).

Do presente domínio é esperado que o enfermeiro desenvolva autoconhecimento e a assertividade. A aptidão para o autoconhecimento assume-se como fulcral na prática de enfermagem, considerando que este profissional inicia a sua intervenção com base na relação com o outro. O enfermeiro através de si interfere nas relações

terapêuticas e multiprofissionais, revelando “(...) a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº 122/2011 p.8652).

O enfermeiro especialista deve, em cada situação, revelar a capacidade de autoconhecimento, uma alta consciência de si como pessoa e como enfermeiro, que é fulcral no exercício da enfermagem, o que permite o estabelecer relações terapêuticas e multidisciplinares, mantendo respostas de grande adaptabilidade pessoal e organizacional.

Desenvolver o autoconhecimento, permite o crescimento pessoal, aumentando a percepção para as minhas barreiras pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no meu desempenho. A importância da gestão destes fatores, assim como das emoções e sentimentos, é um ponto central para que se atue de forma eficiente mesmo sob pressão.

Lidar com situações de urgência e/ou emergência, onde os fatores e variáveis a avaliar ao mesmo tempo é alta, leva a um alto nível de stress profissional, conduzindo ao cansaço, desilusão, sentimentos de impotência e desalento. Os diferentes módulos de estágio revelaram-se fontes importantes de situações promotoras ao desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, promotoras de experiências e momentos de aprendizagem que influenciam a minha identidade no agir profissional

Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b, p.1)

Ao enfermeiro especialista acrescem competências comuns, numa área de trabalho definida por cada especialidade, por meio de um alto nível de adequação à carência de saúde das pessoas. aumentar conhecimentos e obter competências num domínio particular da enfermagem, para conseguir uma maior compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa zona de atuação.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a avaliação diagnóstica e monitorização são permanentes e de uma grande importância. Portanto, o cuidado à pessoa e a vivência de processos complicados de doença crítica e ou falência orgânica, responder a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, assim como maximizar intervenções na prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica e ou falência orgânica fazem parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento N° 124/2011).

Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo a (OE, 2010a, p.3) “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico obriga a uma formação específica e planeada, de forma a desenvolver competências específicas (Sílvia & Lage, 2010).

Durante os estágios houve múltiplas ocasiões para prestar cuidados à pessoa em situação crítica e falência orgânica. Prestar cuidados a doentes instáveis hemodinamicamente, com necessidade de VMI ou Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), bem como gestão de protocolos terapêuticos complexos, que exigem conhecimentos e competências específicas, para monitorizar, avaliar, implementar e adequar respostas por parte do enfermeiro.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica que possibilitem prever a instabilidade e o risco de falência orgânica envolvem a aprendizagem de conhecimentos e habilidades específicas. No SU, essas capacidades foram essencialmente desenvolvidas em doentes com AVC, politraumatizados, doentes sob VMI, VMNI... prestando cuidados, em colaborando com a equipa, de elevada complexidade técnica e científica (colocação de cateter venoso central, cateter arterial, drenos torácicos). Acompanhei e colaborei na transferência de doentes para outros serviços.

O cuidado ao doente crítico exige capacidades a nível cognitivo, do autoconhecimento, das relações, de liderança e de entajuda, uma vez que o enfermeiro deve ter conhecimentos específicos e aplica-los para o bem-estar do doente.

Os SMI apresentam um enorme suporte tecnológico, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, os métodos invasivos (cateter arterial, cateter venoso central), interpretação de gasometria arterial, VMI, entubação orotraqueal, traqueostomia e técnicas dialíticas, entre outros, obrigando a competências técnico-científicas no cuidado ao doente crítico diferenciadas. A variedade e complexidade de métodos de avaliação de parâmetros num doente com falência múltipla de órgãos, aliada à existência de elevada complexidade tecnológica, possibilitou o desenvolvimento de competências adequadas do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica

As infeções a nível hospitalar, são a causa primordial de efeitos adversos nos cuidados de saúde. Permitem assim, o acréscimo da morbilidade e mortalidade a nível hospitalar, e o incremento dos gastos na saúde. A evolução tecnológica conduziu um acréscimo de condutas e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivo contribuindo para o aumento da IH:

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos utentes como resultado dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante a prática da sua atividade.

As IACS atrasam o tratamento adequado, são causa importante de morbilidade e mortalidade, traduzindo-se num aumento do consumo de recursos hospitalares e da comunidade (DGS, 2007). Como futura enfermeira especialista maximizei a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, sabendo que estes doentes, pela sua condição de saúde são expostos a procedimentos invasivos, a terapêutica imunossupressora encontrando-se mais vulneráveis e com um risco acrescido de infeção. Neste sentido, segui os protocolos de assepsia nos procedimentos utilizando sempre as precauções básicas do controlo de infeção, a higienização das mãos, a colocação e remoção do equipamento de proteção individual, contribuindo estas ações para o adquirir de competências neste âmbito.

Como foi anteriormente referido, o facto de existirem inúmeras técnicas invasivas, aumenta drasticamente o risco de incidência das IACS.

Segundo DGS (2017, p. 5): “Pelo facto de quase metade das IACS terem como origem provável, os dispositivos invasivos: CVC, ventilação mecânica e algaliação, pode tratar-se de infeções evitáveis, já que representam vias de transmissão exógenas. É por isso necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (CVC, algaliação, ventilação mecânica).”

O principal objetivo do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde é reconhecer e reduzir os riscos de transmissão de infeções cruzadas reduzindo as taxas de infeção e mantendo-as em níveis mínimos.

De forma permanente tive especial atenção na prevenção da infeção no decorrer dos ensaios clínicos. Realizando de forma assídua a lavagem das mãos, que cumpro criteriosamente na minha prática diária. O uso de equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica, também fizeram parte das rotinas na prestação de cuidados.

A prevenção e controlo de infeção é constante dos enfermeiros nos vários ensinamentos clínicos, mas assumindo grande relevância nos locais de estágio. Foi nestes locais que aprofundi conhecimentos, atualizei procedimentos e pus em prática os programas de controlo de infeção cumprindo as recomendações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção que abrangerem três vertentes: a vigilância epidemiológica, elaboração, monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação dos profissionais.

Contribuindo assim, para a prevenção e controlo da propagação cruzada da IACS, para a melhora permanente da qualidade dos cuidados e, naturalmente, para a segurança dos doentes. Particpei nos rastreios sépticos realizados de forma criteriosa, mantendo os princípios de assepsia por forma a diminuir a incidência de IACS.

Enquanto futura enfermeira especialista ficou enraizado em mim o conceito da execução dos procedimentos criados para a prevenção e controlo de infeção, interrogando,

refletindo e pesquisando constante atualização, contribuindo para melhorar dos cuidados prestados ao doente em estado crítico.

Para a OE (2010), o enfermeiro especialista deve responder de forma criteriosa na prevenção e controlo da infeção perante as múltiplas áreas de atuação, nas situações mais complexas e à especificidade dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a variadas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa crítica e/ou falência orgânica.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas

O Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS recomenda todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaborarem um plano de emergência e sua análise periódica, já que se torna uma ferramenta essencial na avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de emergência multivítimas, definindo regras ou normas gerais de atuação. Descreve os quatro principais pilares para este planeamento e preparação, a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais, para que os procedimentos sejam simples e eficazes. Todos os profissionais devem se identificar como elemento fundamental neste processo e conhecer a sua missão, papel e ação no domínio das suas competências (DGS, 2010b).

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica atua na elaboração dos planos institucionais e na orientação da resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Perante a dificuldade decorrente da existência de multivítimas em situações críticas e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma metódica, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial

Qualquer situação de emergência e catástrofe é considerado uma exceção à realidade, conduzindo a incertezas pois existe uma desproporção entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo por parte dos profissionais de saúde, um planeamento e gestão orientada para responder de forma célere a um acontecimento inesperado. A prestação de cuidados num SU, inclui preparação para atuar em situações imprevisíveis, com o objetivo

crucial de diminuir as baixas humanas, reduzir a morbidade e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos o mais possível.

Conclusão

Sem dúvida que o percurso efetuado ao longo dos estágios permitiu adquirir novas experiências que se traduzem em novos conhecimentos, desenvolvendo competências e aperfeiçoando as existentes.

A prática nos cuidados de enfermagem tem tido cada vez mais o seu pilar baseado na evidencia científica, que tem evoluído e tem-se adaptado com a evolução da humanidade, neste sentido o enfermeiro deve ter uma linha de pensamento critica e reflexiva baseada nessa evidencia.

O dia a dia profissional do enfermeiro traduz-se múltiplas em experiências e desafios que exigem atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e aperfeiçoamento de capacidades humanas que lhes permitam melhores desempenhos. Neste caminho de aquisição de competências para uma prática especializada em muito contribuíram a pluralidade das situações vivenciadas em cada campo de estágio bem como o excelente acolhimento por parte da equipa multidisciplinar. Não estamos sozinhos quando evoluímos pessoal e profissionalmente.

Tendo em conta que o SMI, o SU e SH, são uma porta de entrada de muitos dos doentes em estado crítico, penso que a realização destes ensinios clínicos foram cruciais para o processo de aquisição de competências no cuidar em enfermagem à pessoa em situação crítica. Não estamos sozinhos quando evoluímos pessoal e profissionalmente.

A salientar que um fator facilitador foi o acolhimento por parte das enfermeiras orientadoras, chefes de serviço, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar.

Foram vivenciadas algumas dificuldades como a carga horaria, o cansaço e a gestão familiar, que foram colmatadas pela força de vontade em conquistar novas experiências e conhecimento.

Após a reflexão crítica realizada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, considero ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das mesmas, atingindo os objetivos propostos. Tenho consciência de que poderei sempre fazer mais e melhor, desenvolvendo conhecimentos e

capacidades diariamente, com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Bibliografia

- Código Deontológico (2009). Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.
- Decreto – Lei nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série. Nº 35 (18/02/2011), 8656-8657
- Direção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral De Saúde (2010) Orientação nº 007/2010 de 6 de outubro de 2010: Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). Princípios de Administração Para Enfermeiros. Coimbra: Formasau.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Apresentado no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Acedido a 15 de junho 2018 em: file:///C:/Users/T/Downloads/Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (nº 124/2011). Diário da República: 2.ª Série, N.º 35. 8656 – 8657. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>

- Esperidão, E., Munan, D. & Stacciarini, J. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 516-522;
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº 122/2011). *Diário da República: 2.ª Série, N.º 35*. 8648 – 8653.
- Ordem dos enfermeiros (2017). Regulamento De Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico Cirúrgica
- Pereira, S. C. (2005). A Importância dos Registos de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 62, 58- 61.
- Silva, A. R., Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra. Formasau. ISBN 978-989-8269-11-9.