



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área De Especialização De Gestão De Unidades De Cuidados

Desafios à implementação de evidência na prevenção de infecções urinárias em unidades de cuidados continuados: Contributos para a gestão

MÁRCIO ALEXANDRE PINTO CARDOSO

Coimbra, novembro de 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área De Especialização De Gestão De Unidades De Cuidados

Desafios à implementação de evidência na prevenção de infecções urinárias em unidades de cuidados continuados: Contributos para a gestão

MÁRCIO ALEXANDRE PINTO CARDOSO

Orientador: Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto

Coorientador: Professor Filipe Manuel Paiva dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Coimbra, novembro de 2023

É durante as fases de maior adversidade que surgem as grandes oportunidades de se fazer o bem a si mesmo e aos outros.

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor João Graveto e ao Professor Filipe Santos, pela orientação e por me ajudarem a descobrir o caminho mais adequado a seguir nesta dissertação de mestrado.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã, pelo amor, pelo apoio e por perceberem o tempo que não passei junto deles.

Agradeço aos meus amigos, meus fantásticos amigos, pela paciência, pelos infinitos incentivos e pelas inúmeras palavras de desafio com o intuito de me enviarem para o computador para escrever, e pelas múltiplas leituras que fizeram.

Agradeço aos enfermeiros que prontamente se disponibilizaram a dar os seus relatos, as suas opiniões, as suas ideias e a partilhar o seu método de trabalho.

Agradeço aos enfermeiros da minha equipa, que me mostram todos os dias que é possível fazer a diferença, dentro e fora do serviço.

Agradeço aos enfermeiros do amanhã, pela esperança, esperança em melhor qualidade do serviço prestado e no maior reconhecimento da profissão.

RESUMO

As infeções do trato urinário (ITU) associadas aos cuidados de saúde são um problema, tendo consequências para as pessoas, organizações e profissionais. Nas unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), esta problemática tem importância acrescida, tendo em conta o facto da população alvo dos cuidados ser mais idosa. A literatura salienta que as práticas baseadas em evidências melhoram os resultados em saúde, mas, muitas vezes, os cuidados não são prestados com base em evidências científicas. Faz parte do perfil de competências do enfermeiro gestor garantir cuidados baseados em evidências, garantindo cuidados mais seguros e de qualidade.

Desta forma, este estudo visa identificar e compreender os desafios e estratégias de gestão para a implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em UCCI – RNCCI, neste contexto seguiu-se um estudo qualitativo e descritivo, com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros coordenadores das UCCI da região centro de Portugal que aceitaram participar no estudo. A colheita da informação foi realizada de forma presencial ou através de plataformas digitais. O tratamento dos dados foi efetuado com base no modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin.

A identificação das estratégias usadas pelos enfermeiros coordenadores para ultrapassar esses desafios na implementação da evidência torna-se crucial para uma melhoria da qualidade dos cuidados. As estratégias adequadas devem ser utilizadas no desenvolvimento de boas práticas nestas unidades, de modo a serem superadas as barreiras na implementação de evidências científicas relacionadas com a prevenção de infeções urinárias, contribuindo para cuidados mais seguros e com maior qualidade.

Palavras-chave: cuidados continuados; enfermagem; gestão; implementação de evidência.

ABSTRACT

Healthcare-associated urinary tract infections (UTIs) are a problem, having consequences for people, organizations and professionals. In integrated continued care units (UCCI), this issue is of increased importance, taking into account the fact that the target population for care is older. The literature highlights that evidence-based practices improve health outcomes, but care is often not provided based on scientific evidence. It is part of the nurse manager's competency profile to ensure evidence-based care, guaranteeing safer and quality care.

In this way, this study aims to identify and understand the challenges and management strategies for implementing evidence in the prevention of urinary infections in UCCI - RNCCI, in this context a qualitative and descriptive study was followed, using semi-structured interviews with nurses coordinating the UCCI from the central region of Portugal who agreed to participate in the study. Information collection was carried out in person or through digital platforms. Data processing was carried out based on the content analysis model proposed by Bardin.

Identifying the strategies used by nurse coordinators to overcome these challenges in implementing evidence becomes crucial for improving the quality of care. Appropriate strategies must be used in the development of good practices in these units, in order to overcome barriers in the implementation of scientific evidence related to the prevention of urinary infections, contributing to safer and higher quality care.

Keywords: continuous care; nursing; management; implementation of evidence.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de horas semanais dos elementos da equipa multidisciplinar por tipologia da RNCCI	27
Tabela 2 – Caracterização das entrevistas.....	58
Tabela 3 – Caracterização dos participantes.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama relacional das subcategorias com a categoria desafios 65

Figura 2 – Diagrama relacional das subcategorias com a categoria estratégias 66

LISTA DE SIGLAS

AHQR	Agency of Healthcare Research and Quality
ARS	Administração Regional de Saúde
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CDC	Centers of Disease Control and Prevention
CSBE	Cuidados de Saúde Baseados em Evidência
CV	Cateter Vesical
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
ECR	Equipa Coordenadora Regional
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ITU	Infeção do Trato Urinário
ITUUCI	Infeções do Trato Urinário nas Unidades de Cuidados Integrados
JBI	Joanna Briggs Institute
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAR	Prevent Antibiotic Resistance
PBE	Prática Baseada em Evidência
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos
RAM	Resistência a Antimicrobianos

REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIRER	Sistema Integrado de Registo Eletrónico de Resíduos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UC	Unidade de Convalescença
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULS	Unidade Local de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDL	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
------------------	----

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI).....	25
2. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO	33
3. IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA	41
4. COMPETÊNCIA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM E GESTÃO DA QUALIDADE	47

ESTUDO QUALITATIVO

1. PERCURSO METODOLÓGICO	55
1.1. TIPO DE ESTUDO E DE PARTICIPANTES.....	56
1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	56
1.3. OBJETIVO DO ESTUDO	57
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	57
1.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	59
1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	61
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	63
2.2. CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	65
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
3.1. DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS	69
3.2. ESTRATÉGIAS À IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS	78
4. CONCLUSÃO E CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO	91
BIBLIOGRAFIA	95

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE II – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

APÊNDICE III – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

INTRODUÇÃO

No âmbito do ciclo de estudos conducente ao título de mestre em enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi elaborada a presente dissertação. O contexto de elaboração do presente trabalho insere-se num período em que se revela urgente a reflexão relativamente à problemática das Infeções do trato urinário (ITU) e conseqüentemente a necessidade de reformulação dos cuidados de enfermagem existentes ou na adoção de outros cuidados de enfermagem que visem a prática baseada na evidência (PBE) nas unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), integradas na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), de modo a perceber a dimensão desta problemática nestas unidades.

Neste sentido, é importante identificar os desafios encontrados e compreender as estratégias usadas pelos enfermeiros coordenadores destas unidades para ultrapassar esta problemática, visto serem eles os gestores dos cuidados e das equipas em que se encontram inseridos e, segundo o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor, são os responsáveis pela gestão da qualidade e a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade, tendo sempre como base as melhores evidências científicas disponíveis. De referir, que os enfermeiros responsáveis pelos cuidados, embora em funções de gestão das UCCI e dos cuidados nelas inseridos são designados como enfermeiros coordenadores no presente estudo, visto não existir a figura de enfermeiro gestor nestas unidades, pois não é necessário ser enfermeiro gestor de carreira para assumir essas funções de gestão.

A ITU é a segunda infeção mais frequente da comunidade, logo após as infeções respiratórias, representando uma causa importante de uso de antibioterapia em medicina geral e familiar (Machado & Silva, 2022). Dados europeus indicam que 70-85% dos antibióticos são prescritos em ambulatório e que as ITU afetam globalmente mais as mulheres que os homens em todas as faixas etárias, com maior enfoque na população idosa.

A necessidade de iniciar um antibiótico, muitas vezes em contexto de doença aguda, faz com que a sua escolha seja decidida empiricamente, ou seja, baseada em

probabilidades resultantes de observações históricas e do contexto epidemiológico (Machado et al., 2022).

Nas UCCI, o impacto desta problemática é maior, uma vez que a população alvo dos cuidados nestas unidades são preferencialmente idosos e o uso de antibióticos é recorrente seja na admissão após as análises de controlo, seja durante o internamento. Neste sentido, as UCCI, assumem um papel importante na gestão e controlo das ITU.

Entende-se por cuidados continuados integrados “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2009). A enfermagem é uma classe profissional que está diariamente nas UCCI, assumindo desta forma um papel fundamental na recuperação e/ou manutenção da dependência da pessoa, e consequentemente o enfermeiro coordenador, como responsável direto da equipa e dos cuidados, atribuindo desta forma responsabilidade acrescida à equipa no zelo pelos bons cuidados e assegurar a qualidade dos mesmos.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), define enfermeiro gestor como o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da enfermagem como disciplina e profissão e no domínio específico da gestão, com uma competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área. O enfermeiro gestor possui, ainda, a visão da organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o ambiente organizacional, ao identificar e analisar os fatores contingenciais, que, direta ou indiretamente, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação (OE, 2018).

Segundo a OE (2018), o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional e constitui-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem dos Enfermeiros. Desta forma, foi elaborado o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão que define o perfil de competências do enfermeiro gestor e os seus termos de certificação como competência acrescida avançada em gestão, no âmbito da profissão de enfermagem.

Desta forma, dado a realidade atual das UCCI no que respeita ao número de ITU, a pertinência de um estudo relativo às estratégias para implementar os cuidados preconizados para a prevenção da ITU, revela-se necessário. Nesta sequência, a dissertação procurará dar resposta a uma questão de investigação intimamente relacionada com a referida problemática: “Que estratégias adotam e que desafios enfrentam os enfermeiros coordenadores, na implementação da evidência de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados?”

Assim, a presente dissertação inicia-se com um enquadramento concetual (Parte I), no qual se percorrerão as diferentes temáticas diretamente relacionadas com a problemática, para que desta forma se consiga situá-la e inseri-la no contexto atual, nomeadamente a nomenclatura da RNCCI, o contexto das ITU, a importância da PBE e a relação da competência de gestão em enfermagem e a gestão da qualidade.

Posteriormente, será apresentada a metodologia usada (Parte II), onde é realçado o percurso metodológico e as questões diretamente relacionadas com o mesmo.

De seguida, proceder-se-á à apresentação dos dados recolhidos em entrevistas efetuadas aos enfermeiros que aceitaram participar no estudo (Parte III) e a parte IV onde será feita a discussão dos resultados, onde estes serão cruzados com bibliografia existente. Desta forma pretende-se refletir sobre a realidade preconizada para a prática de enfermagem com a realidade efetivamente observada na análise às entrevistas.

Por fim, será apresentada a conclusão, onde é explanada a relação entre o estudo e a realidade atual, tendo por base a literatura existente, onde também são fornecidas sugestões de melhoria a aplicar no presente e no futuro, assim como a pertinência para efetuar mais estudos relativamente à temática.

Em anexo e apêndice irão constar os formulários de entrevista com respetivas respostas, parecer da comissão de ética, o guião da entrevista semiestruturada e a categorização das entrevistas. A cada apêndice numerado corresponderá uma entrevista a um determinado enfermeiro coordenador.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRIA

1. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A filosofia da RNCCI, tem por base a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Gonçalves, 2012). Criada em 2006, pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2021).

A coordenação da RNCCI a nível nacional é definida em termos de constituição e competências pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, articulando com equipas de coordenação a nível regional (ECR) e local (ECL), sob a alçada da ARS (Administração Regional de Saúde) correspondente (Gonçalves, 2012).

Com a extinção das ARS no final do ano de 2023, as questões operacionais são atribuídas às ULS (Unidades Locais de Saúde) e as questões de planeamento e organização à direção executiva do SNS.

Relativamente à distribuição por distrito, o distrito de Coimbra é o que tem maior número de UCCI (31 unidades), o distrito da Guarda é o que tem menor número de UCCI (12 unidades) (OE, 2019).

Segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009), a RNCCI procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, com patologia crónica múltipla e com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

A RNCCI tem como principal finalidade dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigida às pessoas em situação de dependência. Tem como base uma tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do

cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A equipa de enfermagem assume um papel fundamental na RNCCI, pois é a equipa que se encontra presente 24 horas na unidade, acompanhando todos os cuidados, assumindo o enfermeiro coordenador um papel fundamental no que respeita á gestão e supervisão dos cuidados, tanto da equipa de enfermagem como da equipa de assistentes operacionais. A elaboração, aplicação e avaliação dos protocolos instituídos, privilegiando a qualidade dos cuidados, a segurança da pessoa internada e a formação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados são algumas funções que cabem ao enfermeiro coordenador nesta realidade de cuidados.

A tabela seguinte traduz o número de horas semanais distribuídas por cada elemento da equipa multidisciplinar associado a cada tipologia. De referir que, embora a tabela tenha sido elaborada em 2011 atualmente o número de horas mantém-se o mesmo.

Tabela 1 – Distribuição de horas semanais dos elementos da equipa multidisciplinar por tipologia da RNCCI

Profissional	Número de horas semanais			Frequência
	Unidades de convalescença	Unidades de média duração e reabilitação	Unidade de longa duração e manutenção	
Médico (inclui médico fisiatra)	40	30	20	Diária
Psicólogo	20	20	20	Ao longo da semana
Enfermeiro (inclui coordenador e enfermeiro de reabilitação)	480	360	240	Permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	Ao longo da semana
Assistente social	40	40	40	Ao longo da semana
Terapeuta da fala	8	8	0	Ao longo da semana
Animador sociocultural	20	20	40	Ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	Ao longo da semana
Terapeuta ocupacional	40	40	20	Ao longo da semana
Pessoal auxiliar	560	480	320	Permanente

A RNCCI permitiu que os cuidados se estendessem a pessoas com problemas de saúde mental com a criação dos cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, respondendo a situações com vários graus de dependência decorrentes da saúde mental grave (Ministério da Saúde, 2021).

A RNCCI está centrada na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, e tem como objetivo geral, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Ministério da Saúde, 2021).

A RNCCI, baseia-se em princípios de atuação, tais como (Ministério da Saúde, 2021):

- prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- garantir a articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação;
- equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI;
- proximidade da prestação dos cuidados, através da potencialização de serviços integrados na comunidade;
- multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia da pessoa;
- participação da pessoa e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e corresponsabilização na prestação de cuidados;
- eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Além do objetivo geral, existem objetivos específicos que se podem divergir de acordo com as tipologias, como (Ministério da saúde, 2021):

- melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- promover a prestação de cuidados no domicílio às pessoas com perda de funcionalidade, sempre que este apoio domiciliário, garanta os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção do seu conforto e qualidade de vida;

- monitorizar todo o processo de internamento e ajustar os procedimentos à especificidade de cada pessoa;
- promover a qualidade e a eficácia da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- formar, qualificar e apoiar os familiares, ou prestadores informais, na prestação dos cuidados;
- garantir o correto funcionamento da RNCCI, articulando e coordenando com os diferentes níveis de atuação a resposta mais adequada às diferentes situações.

O Ministério da saúde (2021) indica que os utilizadores dos cuidados continuados integrados são, na sua grande maioria, a população idosa em diversas situações clínicas e de dependência:

- dependência funcional temporária;
- dependência funcional prolongada;
- idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- doença severa, em fase avançada ou terminal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), a RNCCI contempla as seguintes tipologias:

- Unidades de Convalescença (UC);
- Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR);
- Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Cuidados domiciliários.

Sendo as 3 primeiras de carácter de internamento e a última domicílio.

As UC são para internamentos até 30 dias, dirigidas a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas que devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento duma doença ou deficiência crónica, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio.

Estas unidades asseguram:

- cuidados médicos permanentes;
- cuidados de enfermagem permanentes;
- exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos;
- prescrição e administração de medicamentos;
- cuidados de fisioterapia;
- apoio psicológico e social;

- higiene, conforto e alimentação;
- convívio e lazer.

As UMDR são para internamentos com duração entre 30–90 dias, destinam-se a pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas com potencial de reabilitação e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. Estas unidades asseguram:

- cuidados médicos diários;
- cuidados de enfermagem permanentes;
- cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- prescrição e administração de medicamentos;
- apoio psicossocial;
- higiene, conforto e alimentação;
- convívio e lazer.

As ULDM são para internamentos com mais de 90 dias, destinam-se para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou nouro tipo de resposta. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

A ULDM pode ter ainda internamentos para descanso do cuidador (máximo 90 dias por ano) que podem ser divididos em 3 partes de 30 dias (1 mês) durante os 12 meses do ano ou utilizados de forma ininterrupta. Importante salientar que no período entre maio e setembro não podem ser utilizados mais de 30 dias tendo em conta a afluência de pedidos. Estas unidades asseguram:

- atividades de manutenção e de estimulação;
- cuidados de enfermagem permanentes;
- cuidados médicos;
- prescrição e administração de medicamentos;
- apoio psicossocial;
- controlo fisiátrico periódico;
- cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- animação sociocultural;
- higiene, conforto e alimentação;

- apoio no desempenho das atividades da vida diária.

As ECCI caracterizam-se por não serem um internamento, destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade e limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, e que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram uma frequência de cuidados de saúde superior a uma vez por dia ou superior a 1h30min por dia, no mínimo de três dias por semana. Estas unidades funcionam além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados, prestam cuidados complexos, que requerem um grau de diferenciação ao nível da reabilitação, e dão suporte e capacitam os cuidadores informais. Estas equipas oferecem:

- cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos);
- cuidados de reabilitação;
- apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- educação para a saúde à pessoa doente, familiares e cuidadores;
- apoio na satisfação das necessidades básicas;
- apoio no desempenho das atividades da vida diária.

Para uma pessoa ser inserida e admitida na RNCCI, passa por um processo burocrático e uma lista de espera extensa. Se estiver num internamento hospitalar num hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser contactado o serviço onde está internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital após referenciação médica. A EGA do hospital onde a pessoa esteja internada, é a equipa que analisa a situação da pessoa. Se a EGA verificar que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, envia uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência da pessoa/família (Ministério da Saúde, 2021). Se estiver em casa, num hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos, a pessoa ou o seu cuidador devem contactar um elemento da equipa de saúde familiar (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área onde reside que avaliará a situação, mediante os critérios definidos na RNCCI, e enviará uma proposta de admissão à ECL da mesma área.

2. PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infeção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, em grande parte evitável, e que tem um impacto importante na pessoa e nos serviços de saúde (Loureiro, 2017).

A DGS (2017), define infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) como uma infeção adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que pode, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.

As IACS constituem atualmente uma das maiores preocupações para os gestores dos serviços de saúde, uma vez que, e segundo a World Health Organization (2010), na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pessoas são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano.

Deste modo, pode-se afirmar que as IACS são um problema com consequências socioeconómicas relevantes em todo o mundo (Caramujo et al., 2011).

A origem das IACS é multifatorial, podendo começar em hospitais de agudos, na comunidade, nas UCCI ou ainda terem origem desconhecida. A estratégia de prevenção será sempre integrada e ampla, envolvendo as estruturas organizacionais e os profissionais em rede multidisciplinar, podendo esta constituir-se como capacitadora de potenciais ganhos em saúde (Felix, 2019).

Podem afetar também os profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional (Cardoso, 2015). Este é um conceito abrangente, que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Meddings et al. (2014) refere que a ITU é considerada a IACS mais comum no mundo, sendo responsável até 36% de todas as infeções e as ITU associadas a cateter representam a maioria das ITU com uma percentagem até 67% em todas as pessoas internadas.

Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados, assim sendo, a informação necessária para a prevenção é extensa, pelo que deve ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (Pina, 2010).

A gestão e supervisão assim como o incentivo para os processos de prevenção, devem ser feitos pelos enfermeiros coordenadores, para tal, este deve ser promotor de ações de formação para a equipa de enfermagem assim como para a equipa de auxiliares de ação médica. Alferes, (2020) salienta os enfermeiros coordenadores como parte fundamental da estrutura organizacional das instituições hospitalares, assumindo tarefas relacionadas com a gestão dos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e como tal, avaliar e supervisionar esses cuidados.

No mesmo sentido, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança APEGEL (2020), considera a gestão em enfermagem como primordial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, relacionando de forma direta a qualidade da prática dos enfermeiros coordenadores com a qualidade dos cuidados. As IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos (RAM) são problemas diretamente relacionados e de importância crescente à escala mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar alheia. As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e desta forma aumentando a mortalidade (DGS, 2017).

Do ponto de vista de coordenação dos serviços, segundo a DGS (2017), o aparecimento de IACS, além do agravamento de patologias existentes, aumentam os custos associados aos seus tratamentos, sendo que à escala mundial, assiste-se atualmente a um envelhecimento populacional e a um crescente número de IACS, tornando-se num imperativo económico, político e social (Torres, 2015).

Entre as IACS, são evidenciadas as ITU que segundo Matthay et al., (2018) é aquela que adota a maior importância pela grande repercussão em termos de morbilidade, de impacto pessoal para as pessoas e as suas famílias. Além do impacto económico para as instituições, afirmando que a algáliação é reconhecida como o principal fator de risco associado à ITU. No entanto, a sua utilização é, por vezes, essencial na prestação de cuidados de saúde. A frequência com que as pessoas institucionalizadas são algaliadas e o tempo de algáliação determina o maior ou menor risco de ITU. Se a pessoa estiver inapropriadamente algaliada então esse risco é evitável. Posto isto, as infeções urinárias associadas aos cuidados de saúde são um problema, tendo consequências para as pessoas, organizações e profissionais. Cabe ao enfermeiro coordenador, em sintonia com o diretor clínico, evitar a algáliação desnecessária, criando para o efeito protocolos

de atuação, de forma a evitar a exposição da pessoa a uma situação promotora de infecção. De acordo com Caramujo et al. (2011) o risco de adquirir uma ITU associada ao cateter vesical depende do método e da duração da algaliação, da qualidade dos cuidados ao cateter e da suscetibilidade do indivíduo, além de ser importante salientar a diminuição dos custos associados à diminuição da algaliação desnecessária evitando desta forma tratamentos a futuras ITU. Podemos também, referir o tempo despendido por parte da equipa de enfermagem no processo de algaliação que também ele pode ser usado para outras tarefas que não são designadas como “desnecessárias”, assumindo uma importância significativa na gestão do tempo e na qualidade do trabalho prestado por parte da equipa de enfermagem. O enfermeiro coordenador deve adotar uma posição de supervisão e de avaliação de situações que possivelmente possam ser evitadas, sendo a algaliação desnecessária um exemplo disso.

Podemos desta forma, afirmar que as IACS são um problema de saúde pública sendo que, entre elas, as ITU são as mais frequentes (Lobão, 2015). Mesmo com cuidados assépticos meticulosos durante a algaliação, a probabilidade de desenvolvimento de bacteriúria aumenta, a cada dia com cateter vesical (CV), entre 3% a 10%. Entre os as pessoas que desenvolvem bacteriúria, 10 a 25% desenvolvem sintomatologia de ITU (prostração, febre, cansaço, dor abdominal, urina com cheiro fétido, hematúria, entre outros) (Imam, 2020), podendo esta envolver qualquer parte do sistema urinário, incluindo a uretra, a bexiga, os ureteres e os rins (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2014). Entre as complicações mais frequentes surge a pielonefrite, cistite, bacteriemia secundária, sépsis e prostatite (Pina et al., 2010).

De salientar que 80% dos casos de ITU estão relacionados com a algaliação (Blodgett, 2009), sendo que a sua maioria é desnecessária, ou dizendo de outra forma, são inseridos sem indicações baseadas em evidências.

Para Caramujo et al. (2011) o risco de adquirir uma ITU associada ao CV depende do método e da duração da algaliação, da qualidade dos cuidados ao cateter e da suscetibilidade do indivíduo, referindo também que a ITU associada ao cateter é geralmente benigna em que, a infecção persiste e leva a complicações como a prostatite, epididimite, cistite, pielonefrite e bacteriemia. Esta última complicação referida é muito grave e está associada a uma mortalidade que pode chegar a 1% das pessoas algaliadas (Klevens et al., 2007).

É importante referir que a suscetibilidade ao desenvolvimento de ITU nas pessoas idosas é maior, em comparação com as pessoas mais novas (Ribeiro, 2015) pois a pessoa idosa, devido às alterações provocadas pelo processo de envelhecimento, à coexistência de doenças crónicas e à fragilidade do seu sistema imunitário, apresenta um risco acrescido de desenvolver IACS (Torres, 2015), além de que nesta população se manifesta de forma mais severa (High, 2002).

De realçar que são responsáveis até 40% dos 2 milhões de infeções nosocomiais (hospitalares) relatadas por ano como uma incidência de 3,1 a 6,4 ITU associadas a cateter por 1000 cateteres/dia, em que 80% das ITU ocorrem devido à presença de cateteres vesicais (Sing, 2013). Estes números devem servir de alerta para os enfermeiros coordenadores, realçando a urgência no aprimoramento das orientações e protocolos relativos ao controlo e prevenção de infeção, fazendo uma auditoria e supervisão regular dos cuidados, mostrando a estatística à equipa e oferecendo ações de formação sucessivas para contrariar estes números. Importante referir que as ITU podem ser responsáveis pelo desencadear de patologias mais graves, o que se traduz em maiores custos, o que deve ser alvo de reflexão do enfermeiro coordenador.

Neste sentido, surge a necessidade de referir que a infeção urinária nosocomial corresponde à aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento, sendo definida usando os critérios para ITU sintomática ou assintomática.

Escobar et al., 2021, salientam que a ITU em pessoas com CV é um problema de saúde a nível mundial, e que o risco de ITU aumenta 5% a cada dia de permanência do cateter. Esta evidência mostra claramente que a remoção precoce do cateter pode diminuir a incidência de ITU associadas à algaliação.

Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes que, na atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas do controlo de infeção (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) isolamento e, por outro lado, no uso racional de antimicrobianos (Figueira, 2013).

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessária prescrição antibiótica, reduzindo o consumo de antibióticos e consequentemente a geração de resistências e diminuição dos custos (DGS, 2017). O enfermeiro coordenador assume um papel fulcral na sensibilização da equipa multidisciplinar em relação à problemática na gestão da qualidade dos cuidados prestados e nos recursos utilizados.

Como referido anteriormente, as infeções urinárias associadas aos cuidados de saúde são um problema, tendo consequências para as pessoas, organizações e profissionais, não só em hospitais, mas também em outras unidades de saúde, tais como as UCCI.

Um dos factos que corrobora a necessidade de se entender esta problemática e que ela é atual, foi o facto de no verão de 2022, o Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA) da Direção-Geral da Saúde de Portugal, ter desenvolvido um projeto de combate às infeções do trato urinário na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), intitulado de Infeções do Trato Urinário em Cuidados Continuados Integrados (ITUCCI) que foi um dos três selecionados pela Foundation to Prevent Antibiotic Resistance (PAR Foundation), num total de 30 candidatos, para receber o financiamento de 100 000 euros.

A fundação sueca tem como objetivo apoiar projetos com potencial impacto na prevenção de infeções e na redução das resistências a antimicrobianos.

No âmbito do HALT3 – Point prevalence survey of Healthcare-associated infections and antimicrobial, desenvolvido em Portugal no segundo semestre de 2017, o PPCIRA constatou que 1 em cada 15 pessoas estudadas tinham tido diagnóstico de infeção associada a cuidados de saúde e que as infeções do trato urinário representaram 34,8% do total das infeções adquiridas nas unidades da RNCCI, no período em estudo, sendo causa frequente de prescrição de antibióticos (DGS, 2022).

Assim, pretende-se aumentar a adesão às medidas PPCIRA/DGS de prevenção de ITU associada a cateter vesical, reduzir a incidência e o sobrediagnóstico desta infeção e, consequentemente, reduzir o consumo de antimicrobianos e a emergência de bactérias multirresistentes e mais difíceis de tratar. Para esta candidatura, a DGS contou com total alinhamento estratégico com a coordenação da RNCCI.

Este projeto ITUCCI, dirige-se às Unidades da RNCCI, do Serviço Nacional de Saúde, (todas as tipologias) e às Unidades convencionadas.

Com o apoio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a equipa do PPCIRA construiu uma candidatura que visa reduzir as ITU em residentes na RNCCI, em 30% em três anos através de 3 eixos de ação (DGS, 2022):

1. Melhorar a prevenção e controlo de infeções do trato urinário, através da formação e treino dos profissionais e de ações para a promoção da literacia (pessoas, familiares e cuidadores informais);
2. Melhorar o modelo de prescrição de antimicrobianos, monitorizar o cumprimento da bundle, consumos e resistência de antimicrobianos;
3. Capacitar profissionais de Saúde, pessoas, familiares e cuidadores informais para a prevenção das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical.

Inseridas na RNCCI, as UCCI constituem-se como um modelo organizacional entre as instituições públicas e privadas. Prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, e representam uma conceção humanista dos cuidados de saúde ao se situarem entre o hospital e a família (Machado, 2013). Como unidades de internamento, com cuidados de enfermagem 24 horas, dotadas de autonomia técnica e com obrigatoriedade de adoção de boas práticas (*leges artis*), devem seguir linhas orientadoras e normas de atuação.

Assim, a Norma 019/2015 atualizada a 29/08/2022 (Direção Geral da Saúde, 2022) enumera os “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Esses feixes são fundamentais para orientar os profissionais de saúde para uma prática baseada na evidência, com uma abordagem multimodal, direcionada para a qualidade e gestão da mesma, sendo parte integrante e fundamental no controlo e prevenção de infeções e uma orientação para o enfermeiro coordenador no que respeita à aplicabilidade e uniformização do procedimento.

São as intervenções constantes na norma 019/2015 atualizada a 29/08/2022 (Direção Geral da Saúde, 2022):

- Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar a algaliação e documentar sistematicamente a razão que o torna necessário no processo clínico.
- Cumprir a técnica assética no procedimento de algaliação e de conexão ao sistema de drenagem.

- Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem.
- Realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de ITU associada a cateter vesical.
- Manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade.
- Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção.

Vale evidenciar que a norma possui um quadro onde é possível entender de que forma os diversos feixes interagem e se relacionam. A aplicação desta norma, sendo esta construída e fundamentada tendo por base a evidência científica, torna-se fundamental em unidades de internamento, nomeadamente as UCCI relativamente à prevenção e controlo das infeções urinárias.

Neste contexto, nas UCCI, esta problemática tem importância acrescida, uma vez que a taxa de prevalência é maior que em hospitais e especificamente nas ULDM tendo em conta o tempo de permanência das pessoas nesta tipologia (DGS, 2022), o enfermeiro coordenador assume uma maior importância uma vez que assume uma presença permanente, ao contrário do diretor clínico que nesta tipologia não está presente diariamente, mas sim semanal (Tab.1), tendo desta forma o dever de gerir a qualidade dos cuidados prestados e alertar para a importância da prática baseada em evidência, oferecendo ferramentas á equipa para o acesso a essa evidência.

A literatura salienta que as práticas baseadas em evidência melhoram os resultados em saúde, mas, muitas vezes, os cuidados não são prestados com base em evidências científicas. Para Pedrolo et al., (2009) a prática baseada em evidência é uma metodologia de prática clínica disseminada entre os profissionais de saúde que consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomar decisões sobre os melhores comportamentos em cada caso.

Assim sendo, e segundo Vieira et al., (2019), a melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no doente para o aperfeiçoamento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção.

Em suma, a OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de pessoas em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (Direção Geral de Saúde, 2009).

3. IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA

Uma das descobertas mais consistentes da pesquisa clínica e de serviços de saúde é o lento progresso da aplicação das evidências da pesquisa na prática e na tomada de decisões (Zhao et al., 2022).

Zhao et al. (2022) referem que nos últimos 20 anos, o campo da tradução do conhecimento prosperou com o objetivo de reduzir as lacunas conhecimento-ação.

A tradução do conhecimento é definida como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, troca e aplicação eticamente correta do conhecimento para melhorar a saúde, fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde (Jordan et al., 2018).

A essência da prática baseada em evidência é a inovação do conhecimento e pode ser entendida como uma abordagem de resolução de problemas para o atendimento clínico que incorpora o uso consciente das melhores evidências científicas disponíveis, a experiência dos profissionais de saúde e os valores da pessoa (Melnyk et al., 2021).

Os enfermeiros são profissionais de saúde que olham para o seu trabalho com um sentido crítico, e o enfermeiro coordenador não é exceção, embora com uma responsabilidade acrescida pois deve ter esse olhar para o seu trabalho e para o da equipa que lidera, com vista a inculcar as melhores práticas, obedecendo à *leges artis*, tendo em conta os contextos atuais e a população alvo de cuidados, cabendo ao enfermeiro coordenador mudar o comportamento e postura desses enfermeiros sendo ele próprio incentivador de mudanças. Os enfermeiros enfrentam mudanças no contexto dos serviços de saúde, como o surgimento de um grande corpo de evidências constantemente atualizadas, mudanças no conhecimento e tecnologia médica, diversas necessidades e preferências de atendimento à pessoa, diferentes atitudes das partes interessadas e mudanças nos recursos e condições das instituições de saúde, sendo desta forma perentório pesar vários relacionamentos e interesses, integrar evidências com competências internas e externas e implementar de forma otimizada a prática baseada em evidência (Penno et al., 2019).

A implementação da PBE melhora a qualidade do cuidado prestado à pessoa e intensifica o julgamento clínico na medida em que os profissionais de saúde devem

saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas com os dados do doente e as observações clínicas (Cabrera et al., 2022). Quando o cuidado é prestado tendo como eixo orientador essa abordagem, as intervenções tornam-se mais efetivas e os seus resultados proporcionam a melhoria dos cuidados. Por isso, os profissionais de saúde necessitam aprender a adquirir e interpretar dados para sustentar a sua prática na melhor evidência disponível.

A implementação da PBE não só ajuda a preencher as lacunas de conhecimento e ação a nível local, mas também desempenha um papel crucial na redução das desigualdades em saúde de forma global (Zhao et al., 2022).

Para Zhao et al., (2022), para atingir a meta de saúde para todos, as evidências de implementação não devem ser apenas acumuladas em países desenvolvidos, mas também geradas em países em vias de desenvolvimento, para que as estratégias mais contextualizadas e custo-efetivas possam ser desenvolvidas e aplicadas ao contexto local.

Desta forma, pode-se afirmar que a implementação do conhecimento na prática dos cuidados e a avaliação do seu impacto deverá ser o fim de um processo cíclico e complexo. A visão da ciência da translação enfatiza a aplicação dos resultados das ciências básicas ou laboratoriais, na prática clínica através da realização de ensaios clínicos (Apóstolo, 2017).

Contudo, a translação da ciência é um processo mais amplo do que a realização de ensaios clínicos para testar descobertas. Inicia-se com a translação das perguntas que surgem da necessidade de conhecimento no mundo real para a investigação e finaliza com a translação dos resultados da investigação em ação clínica ou política (Pearson et al., 2012).

Este processo, não ignorando as reconhecidas falhas e barreiras, inclui a investigação de métodos, intervenções e variáveis que influenciam a adoção da PBE pelos indivíduos e pelas organizações para melhorar a tomada de decisão clínica e operacionalizar os cuidados de saúde. Deve ser orientado por um modelo conceptual que organiza as estratégias para a implementação, que clarifique as variáveis externas que podem influenciar a adoção da PBE e construa uma base de conhecimento científico (Titler & Everett, 2001). O enfermeiro coordenador deve estar dotado de capacidades e conhecimento que permitam ao próprio identificar qual o melhor modelo para a sua

organização, tendo em conta os objetivos da instituição, os seus objetivos e da equipa, oferecendo várias soluções, escolhendo a que melhor se adequa às condições estruturais, financeiras e humanas da instituição, de modo a oferecer os melhores cuidados, com a máxima qualidade e segurança para o doente.

Este processo, não ignorando as reconhecidas falhas e barreiras, inclui a investigação de métodos, intervenções e variáveis que influenciam a adoção da PBE pelos indivíduos e pelas organizações para melhorar a tomada de decisão clínica e operacionalizar os cuidados de saúde. Deve ser orientado por um modelo conceptual que organiza as estratégias para a implementação, que clarifique as variáveis externas que podem influenciar a adoção da PBE e construa uma base de conhecimento científico (Titler & Everett, 2001).

Segundo Curtis et al., (2017) a pesquisa sobre a segurança do doente, tradicionalmente, concentra-se na análise de dados para identificar problemas de segurança do doente e demonstrar que uma nova prática levará a uma maior qualidade e segurança da pessoa. É atribuída menor importância da pesquisa no que respeita à implementação de práticas, no entanto, quando colocado em prática o que é adquirido com a pesquisa, o cuidado torna-se mais seguro e eficaz. A implementação de práticas baseadas em evidências é difícil e precisa de estratégias que abordem a complexidade dos sistemas de atendimento, profissionais individuais, liderança e, em última análise, mudar as culturas de saúde para se tornarem ambientes seguros, tendo por base práticas baseadas em evidências.

Curtis et al., (2017) refere também que a PBE é o uso consciente e criterioso das melhores evidências em conjunto com a experiência clínica e os valores da pessoa doente para orientar as decisões de saúde. Desta forma, as melhores evidências incluem evidências empíricas de ensaios clínicos randomizados, evidências de outros métodos científicos (como pesquisa descritiva e qualitativa), bem como o uso de informações de relatos de casos, princípios científicos e opinião de especialistas. Quando evidências de pesquisa suficientes estiverem disponíveis, a prática deve ser guiada por evidências de pesquisa em conjunto com a experiência clínica e os valores da pessoa.

Os passos para promover a adoção de PBE podem ser vistos a partir da perspectiva daqueles que realizam pesquisas ou geram conhecimento, aqueles que usam as

informações baseadas em evidências na prática e aqueles que servem como delimitadores para vincular geradores de conhecimento com usuários do conhecimento (Curtis et al., 2017).

Apóstolo (2017), refere que há uma série de modelos que tentam representar os componentes dos cuidados de saúde baseados em evidência (CSBE).

Com objetivo de apresentar uma visão sucinta dos modelos que suportam a adoção da PBE, que podem ser aplicados na prática dos CSBE e de avaliar a sua utilidade em ambientes clínicos e educacionais, Schaffer et al., (2013) identificaram os seguintes seis modelos mais usuais: i) ACE star model of knowledge transformation; ii) advancing research and clinical practice through close collaboration; iii) Iowa model; iv) Johns Hopkins nursing evidence based practice model; v) promoting action on research implementation in health services framework; e vi) Stetler model. Os autores descrevem as principais características de cada um dos modelos e fornecem uma avaliação do modelo de utilidade, com base em critérios específicos, focados na facilitação do processo de PBE e mudança da prática. Outros modelos referenciados na literatura são: o Five Stage Model of Evidence-Based Healthcare, o Agency for Healthcare Research and Quality Model of Knowledge Transfer (Titler, 2008) e o Joanna Briggs Institute (JBI) Model of Evidence-Based Healthcare (Pearson et al., 2012).

Os diferentes modelos descritos propõem que a implementação/translação da ciência se processe em vários passos. Estes consideram, na generalidade, a produção e síntese crítica do conhecimento, a sua disseminação, a sua adoção e implementação no contexto das organizações e, finalmente, a avaliação do impacto nas pessoas e organizações dessa implementação.

Titler (2008) faz referências às etapas da transferência de conhecimento no modelo Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), sendo que estas representam três estágios principais: i) criação e destilação do conhecimento; ii) difusão e disseminação; e iii) adoção e implementação organizacional. Esses estágios de transferência de conhecimento são vistos pelas lentes de pesquisadores/criadores de novos conhecimentos e começam com a determinação de quais descobertas do portfólio de segurança do doente ou projetos de pesquisa individuais devem ser divulgados.

No modelo JBI os CSBE são representados como um processo cíclico que começa com questões clínicas, preocupações ou interesses dos clínicos. A resposta a estas questões

é dada através da geração de conhecimento e de dados para atender com eficácia e de forma adequada a essas necessidades de modo a que sejam aplicáveis e com significado para as populações, culturas e contextos (Jordan et al., 2019).

O modelo JBI tem quatro principais componentes do processo que são: a geração de evidências para os cuidados de saúde, a síntese da evidência, a transferência das evidências, e a utilização das evidências na prática. A evidência produzida pelos estudos primários é avaliada no que respeita à sua qualidade, sintetizada, sendo posteriormente transferida, e disponibilizada aos profissionais de saúde e aos locais de prestação de cuidados que, em seguida, a utilizam e avaliam o seu impacto nos resultados em saúde dos indivíduos, nos sistemas de saúde e na prática profissional (Jordan et al., 2019).

Na tomada de decisões clínicas, os profissionais de saúde estão preocupados com a eficácia e viabilidade da sua abordagem e, também, com o facto da evidência e da tomada de decisão clínica ser oportuna, adequada e significativa para as pessoas ou comunidades (Apóstolo, 2017).

Assim sendo, compete ao enfermeiro coordenador procurar estratégias que possibilitem a sua capacitação no desenvolvimento e utilização de pesquisas na prática, ressaltando que o suporte organizacional é crucial na promoção de recursos para que este fundamente as suas ações em conhecimento científico. Paralelamente a este cenário, está a contribuição das instituições de ensino, que devem estar direccionadas para a preparação do enfermeiro relativamente à investigação, nomeadamente como o fazer, ferramentas a usar, onde o fazer e a sua importância para o ato de cuidar (Cabrera et al., 2022).

Neste sentido, podemos concluir que para a implementação da PBE se tornar numa realidade na enfermagem, são necessárias mudanças nas esferas educacional, organizacional e individual do profissional de saúde (Camargo et al., 2017).

4. COMPETÊNCIA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM E GESTÃO DA QUALIDADE

Nem todas as IACS são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção (Saran et al., 2020).

O objetivo principal é a segurança do doente e minimizar o risco de contrair uma infeção decorrente dos cuidados de saúde (Gonçalves, 2012).

As infeções hospitalares são multifatoriais e todas as atividades para reduzir as taxas de infeção, intervenções em situações de surtos e promover o controlo as infeções dentro de uma instituição, devem ser o resultado de um trabalho de equipa, sendo o enfermeiro coordenador o maior responsável pela dinamização deste trabalho, adotando a função de elo de ligação entre a equipa e o melhor conhecimento (Nobre & Martins, 2018).

Apesar dos programas instituídos pelas Comissões de Controlo de Infeção (CCI), a responsabilidade de prevenir e controlar as IACS é sempre individual e coletiva, estando o êxito dos programas desenvolvidos neste contexto diretamente relacionado com o envolvimento de todos, com supervisão do enfermeiro coordenador, tendo por objetivo cuidados com qualidade.

Tipple et al. (2003), no seu artigo de reflexão sobre a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo de infeção, vendo-as como um desafio para o ensino, questiona-se se efetivamente todos os profissionais estarão bem conscientes das vias de transmissão de infeção, de como poderão prevenir as IACS, as suas reais repercussões ou consequências na pessoa e conseqüentemente nos cuidados de enfermagem. Neste sentido, o enfermeiro coordenador enquanto gestor de cuidados assume um papel muito importante.

A prestação de cuidados de qualidade, sustentada na segurança e melhoria contínua dos processos de assistência ao menor custo possível, tem constituído uma preocupação crescente das instituições de saúde. Neste articulado complexo de fatores que visam a satisfação da pessoa, compreende-se a importância que os profissionais de enfermagem competentes representam para as instituições de saúde (Alferes, 2020).

Segundo a OE (2018), o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional e constitui-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita ser reconhecido, validado e certificado pela OE. Desta forma, foi elaborado o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão que define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os seus termos de certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito da profissão de Enfermagem.

De acordo com o Regulamento n.º 101/2025, denominado como o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 48, a 10 de março de 2015, o enfermeiro gestor deve garantir cuidados baseados em evidência, sendo desta forma o garante de cuidados mais seguros e de qualidade. Refere que o enfermeiro gestor deve garantir o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, garantindo a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015).

Neste sentido, a OE (2018) define assim enfermeiro gestor como o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da enfermagem como disciplina e profissão e no domínio específico da gestão, com uma competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área. O enfermeiro gestor possui, ainda, a visão da organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o ambiente organizacional, ao identificar e analisar os fatores contingenciais, que, direta ou indiretamente, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação (OE, 2018). O enfermeiro gestor agrega, também, valor económico à organização da qual é parte, confere valor social aos enfermeiros e detém um papel, em primeira linha, na defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo ainda promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (OE, 2018).

O perfil do enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão integra, de forma cumulativa, as competências do enfermeiro especialista, comuns e específicas, previamente adquiridas (OE, 2018).

Seguindo esta linha de pensamento, a enfermagem, tal como outras áreas, assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria contínua da mesma. Machado (2013) explica que a expansão e a evolução, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros.

O processo de gestão, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, desenvolve-se de acordo com grau de complexidade das funções, pelo que se podem escalar em três níveis distintos: nível estratégico ou institucional (gestão de topo de uma organização); nível tático ou intermédio (gestão de um conjunto de unidades ou serviços ou departamentos); e nível operacional (gestão de serviço) (OE, 2018). Já os domínios da competência acrescida avançada em gestão preconizados são o domínio da gestão e o domínio da assessoria e consultoria (OE, 2018).

A qualidade constitui-se como um aspeto em permanente mutação e construção, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças no meio envolvente (Lopes & Capricho, 2007).

Mezomo (2001) refere que a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado a missão de uma organização concebida para dar resposta às necessidades e expectativas dos clientes.

De considerar que, a problemática da prevenção e do controlo infeção, deve ser um foco do enfermeiro coordenador, na medida em que a sua gestão aumenta a qualidade dos serviços prestados, com mais eficiência e eficácia. A melhoria da qualidade dos cuidados deve estar sempre presente nos desafios, estratégias e objetivos finais do enfermeiro coordenador enquanto gestor de cuidados.

Ao falarmos de qualidade, devemos frisar que a qualidade enquanto conceito de gestão teve a sua génese nos anos 30 com a preocupação no controlo estatístico, a partir da inspeção do produto final para verificação da conformidade do mesmo. Durante algum tempo, a qualidade centrava-se sobretudo na qualidade dos produtos, numa perspetiva industrial de reduzir os custos por via da antecipação dos defeitos e das reclamações potenciais (Machado, 2013).

Ao longo de todo o século XX o conceito de qualidade e o modo como foi entendido nas práticas das organizações evoluiu gradativamente ao longo do tempo. Refira-se que

tentar definir em poucas palavras algo tão complexo e multifacetado não será fácil e por isso, a qualidade adota uma posição de não existência de absolutos (António et al., 2019).

Ascensão (2010), salienta que a melhoria da qualidade dos cuidados deve fazer parte do quotidiano de cada um na realização das suas tarefas e por isso, a avaliação da qualidade deve englobar todos os elementos da equipa multidisciplinar. Assim, os conhecimentos de todos os profissionais devem ser combinados e os seus esforços devem direcionar-se para o seu consumidor final (a pessoa). O mesmo autor refere que o principal objetivo de um sistema de garantia da qualidade, deve ser tornar efetivos os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e satisfação da população, atendendo aos recursos que a mesma disponibiliza para tais cuidados. No entanto, seria astucioso restringir o conceito de qualidade a uma única definição, dada a sua complexidade.

Neste desiderato, a capacidade de gestão em paralelo com a qualidade, assume-se assim como um elemento fundamental para o sucesso do enfermeiro coordenador e desta forma conseguir implementar a prática baseada em evidência. Treviso et al., (2017), enunciam que a competência de gestão do enfermeiro consiste em saber articular e integrar ações, favorecendo, qualificando e contextualizando a assistência, de forma previsível ou planeada, enquanto a competência profissional deve emergir em toda e qualquer situação, seja ela previsível ou não. Além disso, o enfermeiro tem o papel de planear, coordenar, direcionar e avaliar o processo de trabalho da equipa de enfermagem, de forma a direcionar a equipa num objetivo comum: cuidados de qualidade e eficientes.

O trabalho com qualidade e eficiência são elementos indispensáveis para a gestão do cuidado, principalmente em contextos em que as mudanças tecnológicas solicitam, cada vez mais, o conhecimento especializado, exigindo do profissional capacidade reflexiva e de tomada de decisão num sistema complexo de informações, usando a tecnologia disponível (Treviso et al., 2017).

Treviso et al., (2017), alude que entre tantas competências necessárias ao enfermeiro coordenador, destaca-se a liderança, pois permite aos profissionais o desenvolvimento de condições para desenvolver uma boa gestão e qualificar os cuidados prestados.

Além da liderança, a capacidade de persuasão, trabalho de equipa, criatividade, comunicação, tomada de decisão, planeamento, organização e determinação são outras competências inerentes e importantes para o enfermeiro gestor (Dias, 2011). Situando-nos nas competências de gestão em saúde, e mais precisamente no papel do enfermeiro gestor, Maccarthy & Fitzpatrick (2009) referem que as competências podem ser consideradas o maior contributo para fazer a diferença entre eficácia ou não eficácia da função do enfermeiro gestor, podendo influenciar a performance da organização em que está inserido.

Face à complexidade da situação atual dos serviços de saúde, o gestor competente será aquele que, mais do que saber executar tarefas predefinidas, saiba agir e inovar, mobilizando conhecimentos e capacidades face aos imprevistos ou a situações de alguma complexidade. O enfermeiro gestor precisa de ser um agente de mudança organizacional e um inovador em termos de processo e de produtividade. Deve ser sensível, pragmático, responsável e ter visão clara com inteligência, determinação e coragem (Mezomo, 2001).

Junior & Eiro (2013), relativamente à gestão centrada na qualidade, expõem que a mesma não pode ser encarada como uma atitude isolada, mas como uma filosofia institucional como um processo transversal a toda a organização, que tem como meta satisfazer os utilizadores fornecendo-lhes produtos, serviços e ambientes que não só cumpram as suas expectativas básicas como ainda as excedam.

Ao nível da gestão, para Benito et al., (2010), as competências de gestão são imprescindíveis para alcançar resultados, possibilitando a inovação e permitindo a criatividade. Cunha & Neto (2006), enfatizam a necessidade de paralelamente ao desenvolvimento de competências profissionais, ser necessário também desenvolver competências individuais e organizacionais que permita ao gestor o seu autodesenvolvimento e o do seu grupo. Como competências individuais mais importantes são referidas a liderança, capacidade de persuasão, trabalho de equipa, criatividade, comunicação, tomada de decisão, planeamento, organização e determinação.

Para Jeans & Rowat (2005), as competências de gestão associadas aos profissionais de saúde são: a liderança (desenvolver e transmitir uma visão comum); a colaboração e a comunicação (estabelecer relações de cooperação e partilha de informação

eficazes); práticas de gestão (identificação, avaliação e implementação das estratégias e dos processos); aprendizagem e melhoria do desempenho pela avaliação contínua e o profissionalismo. No que se refere ao enfermeiro gestor este artigo refere que é importante perceber o que pode constituir uma boa gestão e uma boa liderança em determinado contexto de cuidados e, particularmente, quais as competências necessárias para assumir essa função e essas responsabilidades.

Com base em tudo o que foi permitido identificar e perceber neste enquadramento teórico, são muitas as competências indicadas para um adequado desempenho profissional na área de enfermagem, nomeadamente na área da gestão.

Nos últimos anos temos assistido a um conjunto de alterações ao nível das organizações de saúde. A busca contínua de qualidade e excelência na prestação de serviços, apesar da diminuição dos recursos disponíveis e do aumento dos custos, tem colocado as organizações perante a necessidade de implementarem novos modelos de gestão.

A fase do profissional meramente executor (aquele que cumpre tarefas prescritas ou indivíduo associado à função) está a dar lugar ao profissional pensante (aquele que pensa questiona, age, produz, propõe cria, inova). O desenvolvimento das pessoas no contexto organizacional nesta era de grande competitividade e em ambientes de constantes mudanças estará intimamente ligado ao desenvolvimento das suas competências (Dias, 2011). Neste contexto de mudança, o perfil do enfermeiro gestor como líder da equipa, tendo como função a gestão dos serviços, dos cuidados e das equipas passa inevitavelmente por alterações, que obrigam à aquisição de competências que os capacitem para desempenhos que vão ao encontro dos objetivos que as novas mudanças organizacionais impõem (Dias, 2011).

PARTE II

ESTUDO QUALITATIVO

1. PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Jaccaud & Mayer (2008) citado por Silva et al., (2022), os métodos de pesquisa constituem-se como uma parte diversificada e variável da história das ciências onde a delimitação e caracterização global daquilo que se denomina por “pesquisa qualitativa” se eleva como uma tarefa paradoxal – não surpreende, portanto, que o investigador qualitativo tenha dificuldade em caracterizar sumariamente a abordagem a que ele próprio aderira. Nessa perspectiva, os autores consideram falso afirmar a existência de uma metodologia qualitativa ou quantitativa: existem pesquisas qualitativas ou quantitativas (ou ambas em simultâneo).

Neste sentido, os mesmos autores caracterizam então a pesquisa qualitativa realçando a sua flexibilidade de adaptação aquando do seu processo de desenvolvimento e de construção do objeto de investigação a capacidade de abordagem de objetos complexos como instituições sociais, grupos instáveis ou objetivos ocultos. Por exemplo, a capacidade de combinar diferentes técnicas de colheita de dados, a capacidade de descrever em profundidade aspetos da vida social ligados à cultura e à experiência vivida e a sua abertura para o mundo empírico, expressa através de uma valorização da exploração indutiva do campo de observação (Jaccaud & Mayer, 2008 citado por Silva et al., 2022).

Segundo Fortin & Duhamel (2008) a pesquisa qualitativa atribui importância à experiência das pessoas selecionadas para o estudo, sendo que a quantidade de participantes será condicionada de acordo com a informação e saturação da informação recolhida. Fortin & Duhamel (2008) referem que a maior parte dos estudos descritivos limita-se a caracterizar o fenómeno que alguém se interessa com questões precisas.

Por meio de estudos descritivos, os investigadores descobrem novos significados, descrevem o que existe, determinam a frequência com que algo ocorre e categorizam as informações em configurações do mundo real. Os resultados da pesquisa descritiva incluem a identificação e descrição de conceitos, identificação de possíveis relações entre conceitos e desenvolvimento de hipóteses que fornecem uma base para futuras pesquisas quantitativas (Grove et al., 2015).

Jaccaud & Mayer (2008) citado por Silva et al., (2022), concluem então que a pesquisa qualitativa só se caracteriza por se constituir a partir de material empírico qualitativo, ou seja, material não tratado sob a forma de números, em oposição à pesquisa quantitativa.

1.1. TIPO DE ESTUDO E DE PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo com uma seleção dos participantes de modo não probabilístico, do tipo bola de neve, onde os participantes são contactos do investigador que por sua vez indicaram outros potenciais participantes. De acordo com Fortin & Duhamel (2008), nos estudos descritivos pode trabalhar-se com a população total ou com participantes tirada da população, que é o que se verifica no presente estudo (enfermeiros coordenadores).

1.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foi tido como critério de inclusão serem obrigatoriamente enfermeiros coordenadores, independentemente de serem especialistas ou gestores, nas UCCI da RNCCI que pertencem á ARS Centro de Portugal, e que aceitaram participar no estudo. A seleção terminou quando, no resultado das entrevistas, se verificou a existência de saturação dos dados. Os participantes são identificados com a letra E (entrevistado) e número (ex. E1, entrevistado 1).

O estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os participantes de um estudo é uma prática padrão e necessária na elaboração de protocolos de pesquisa de alta qualidade. Critérios de inclusão são definidos como as características chaves da população alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo (Patino & Ferreira, 2018).

Para os mesmos autores, critérios de inclusão típicos incluem características demográficas, clínicas e geográficas. Por outro lado, critérios de exclusão são definidos como aspetos dos potenciais participantes que preenchem os critérios de inclusão, mas apresentam características adicionais, que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes.

1.3. OBJETIVO DO ESTUDO

O presente estudo foi assente na seguinte questão de investigação: “Que desafios têm e que estratégias adotam os enfermeiros coordenadores, na implementação da evidência na prevenção e controlo de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados?”

O objetivo geral do estudo foi identificar e compreender os desafios e as estratégias dos enfermeiros coordenadores para a implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em UCCI da RNCCI.

1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada com o recurso a uma entrevista semiestruturada a cada um dos enfermeiros coordenadores das UCCI da RNCCI pertencente á ARS Centro de Portugal, tendo por base um guião de entrevista (Apêndice I), com as seguintes questões:

- É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?
- Possui formação específica na área da gestão?
- Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?
- Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?
- Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica de algaliação?
- Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?
- Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?
- O que entende por algaliação desnecessária?
- Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?
- Como enfermeiro coordenador, que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?
- Como enfermeiro coordenador, que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Importante referir que além das questões específicas colocadas atrás, foi feito um enquadramento de todos os participantes, questionando o seu género, as suas habilitações académicas e o tempo de experiência profissional em anos e meses (Apêndice I).

A entrevista foi realizada presencialmente nos serviços onde os enfermeiros desempenham as suas funções de gestão ou através de plataformas digitais (videochamada ou chamada telefónica), de acordo com a disponibilidade do participante (dia e hora), tendo tido as mesmas uma duração compreendida entre os 9 e os 15 minutos.

De seguida, é apresentada uma tabela que descreve as circunstâncias que ocorreram as entrevistas, assim como o dia e hora em que as mesmas aconteceram após um agendamento prévio com cada um dos participantes de acordo com a sua disponibilidade:

Tabela 2 – Caracterização das Entrevistas

Participante	Circunstância	Data	Hora
E1	Chamada telefónica	17/05/2022	20h00
E2	Videochamada	30/03/2022	18h30
E3	Chamada telefónica	26/05/2022	21h45
E4	Presencial	05/04/2022	17h00
E5	Presencial	16/05/2022	17h00
E6	Presencial	28/05/2022	18h00
E7	Videochamada	16/04/2022	21h00
E8	Presencial	18/05/2022	18h30

Importante salientar que a quantidade de participantes foi condicionada de acordo com a informação e saturação da informação recolhida.

Para Fontanella et al., (2008), a saturação da amostra é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

O fecho da amostra por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a

apresentar, na avaliação do investigador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na colheita de dados (Fontanella et al., 2008).

1.5. ANÁLISE DOS DADOS

Com a conclusão das entrevistas procedeu-se à sua transcrição tendo sido atribuída uma identificação a cada uma delas (E1 a E8). A transcrição do registo áudio para o registo em suporte de papel (Apêndice III) foi um procedimento moroso, mas permitiu o retorno ao ambiente real e uma maior validade na análise.

Terminada esta fase deu-se início à segunda etapa do processo empírico, a organização e sistematização dos dados, seguidas da sua análise. A análise dos dados constitui-se como — um processo de busca e de organização sistemático de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a compreensão desses mesmos materiais e de permitir apresentar aquilo que se encontrou (Bogdan & Biklen, 1994).

Os dados obtidos através das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, pois foi considerada ser a que melhor se adequa à técnica de recolha de dados que foi adotada. Análise de conteúdo é definida como — um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens (Bardin, 1995).

Vala (1987) refere-se à análise de conteúdo como uma técnica de tratamento de informação que permite organizar e classificar os dados que o investigador reuniu de forma controlada e sistemática, reforçando dizendo que a análise de conteúdo permite efetuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Para a análise de conteúdo foram seguidas as 3 fases propostas por Bardin (2020):

1. A pré-análise, ou seja, a fase de organização e inventariação dos dados cujo objetivo foi tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Foi nesta primeira fase que foram efetuadas as várias leituras nas quais se estabeleceu um primeiro contacto com as entrevistas transcritas, que constituíram o corpus de

análise. O corpus de análise foi constituído pela totalidade das 8 entrevistas realizadas, — se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar (...) o corpus de análise é constituído por todo esse material (Vala, 1987). Esta fase permitiu a familiarização com o material, apreender as regularidades e as singularidades do discurso, os aspetos mais significantes, isto é, estabelecer contacto com os documentos em análise (Bardin, 1995). No final desta fase emergiram também um primeiro conjunto de categorias.

2. A exploração do material, ou seja, a fase 2 de análise, com leituras mais exaustivas, consistiu na codificação, que é designado como o processo pelo qual os dados brutos do texto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 1995). No processo de codificação foi necessário determinar as unidades naturais de registo ou unidade de significação que — corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base (Bardin, 1995). Foram então criadas as categorias e as subcategorias que segundo a mesma autora, são rubricas que reúnem um grupo de elementos (unidades naturais de registo) sob um título genérico, agrupando-os em razão dos caracteres comuns desses elementos. O critério utilizado para a categorização foi o semântico, ou seja, por categorias temáticas, utilizando a parte da frase com significado. De referir que as categorias foram criadas de modo dedutivo, ou seja, foram criadas indo de encontro com o objetivo major do estudo (desafios e estratégias) pré entrevistas. As subcategorias foram maioritariamente criadas de modo indutivo, no sentido em que as respostas dos participantes, deram origem às subcategorias.
3. Por fim procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos, ou seja, a análise dos dados.

De todas as fases do processo de investigação, estas foram sem dúvida, as fases mais difíceis, concordando com Bogdan & Biklen (1994), quando referem que a tarefa analítica, ou seja, a tarefa de interpretar e tornar compreensíveis os materiais recolhidos, parece monumental quando alguém se envolve num primeiro projeto de investigação. Foi uma tarefa complicada que teve de ser encarada como uma série de tarefas e

decisões divididas em várias fases de forma a tornar mais agradável o enorme esforço do processo de interpretação.

1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando uma investigação visa estudar factos ou fenómenos relacionados com pessoas, torna-se imperativo assegurar e garantir que os seus direitos são respeitados e salvaguardados, o que implica que o investigador atue de acordo com os princípios éticos inerentes a um trabalho de investigação científica (Polit et al., 2004).

Durante todas as etapas deste estudo foram salvaguardados os aspetos éticos inerentes à realização de uma investigação de carácter qualitativo.

O presente estudo foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo parecer favorável à investigação (Anexo I). Cada participante no estudo foi previamente informado acerca da duração média da entrevista, que a mesma seria gravada, que estava assegurada a confidencialidade e o anonimato das informações. Foi também devidamente salvaguardada a divulgação prévia aos participantes da finalidade e objetivos do estudo assim como dada a garantia que os dados recolhidos seriam exclusivamente utilizados para os fins do estudo.

A participação nas entrevistas foi voluntária. Um dos princípios chave de qualquer investigação é a participação voluntária dos indivíduos mediante o seu consentimento livre e informado. Desta forma foi assegurada a disponibilidade dos participantes em participar no estudo, através do consentimento informado (Anexo II) entregue e devidamente esclarecido e assinado por todos os participantes sendo também, garantido o anonimato na apresentação dos resultados, bem como garantido o retorno dos resultados da investigação caso seja esse o interesse do participante.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A presente investigação contou com a colaboração de 8 enfermeiros com funções de gestão no serviço onde trabalham diariamente. Os participantes (enfermeiros coordenadores) foram formados por 25% elementos do sexo masculino e 75% do sexo feminino.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, os participantes têm em média 7 anos e 5 meses de experiência sendo que dois deles têm mais de 20 anos de experiência. No que concerne ao tempo de trabalho na instituição atual, em média, trabalham há 5 anos e 3 meses na mesma instituição, sendo que o participante com mais tempo, tem 34 anos de experiência. Em relação ao tempo em que desempenham funções de gestão, em média, possuem 4 anos e 5 meses, sendo que quem possui maior tempo tem 13 anos nessa função.

No que concerne às habilitações académicas, apenas um dos elementos tem mestrado, os restantes possuem apenas a licenciatura. Observa-se também que apenas dois dos participantes tem especialização atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente na área da Saúde Mental e na Reabilitação. Relativamente à formação específica em gestão, apenas três dizem ter uma pós-graduação na área da gestão. Por fim, no que respeita a uma formação específica na área da prevenção e controlo da infeção, observa-se que apenas um dos participantes possui uma pós-graduação nessa área, sendo que os restantes não apresentam qualquer formação, além de seminários e congressos esporádicos.

Na Tabela 3 é possível consultar os resultados referentes à caracterização dos participantes.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo			
Feminino	6		
Masculino	2		
Tempo experiência profissional		7,45	6,29
Tempo na instituição atual		9,15	9,97
Tempo de coordenação/gestão de serviços		4,55	3,65
Habilitações académicas			
Licenciatura	7		
Mestrado	1		
Especialista pela Ordem dos Enfermeiros			
Sim	2		
Não	6		
Área de especialidade			
Saúde Mental	1		
Reabilitação	2		
Formação específica em gestão			
Nenhuma	5		
Pós-graduação	3		
Formação na área de prevenção e controlo de infeção			
Não	7		
Pós-graduação	1		

Nota. *n* = amostra; *M* = média; *DP* = desvio padrão

O enfermeiro coordenador assume um papel diferenciador nas UCCI, contudo esse papel difere de acordo com a tipologia em que o mesmo está inserido e da forma que é constituída a equipa multidisciplinar (Tabela 1). Dos enfermeiros coordenadores entrevistados, o facto de exercerem a função de gestão em *part time* ou a *full time* nas instituições vai alterar a forma como é feita a gestão da equipa e consequentemente dos cuidados. O tempo que pode ser despendido para acompanhar e supervisionar a equipa nos cuidados, a elaboração de protocolos de trabalho está diretamente relacionado com o vínculo laboral dos enfermeiros coordenadores. Além disso, a disparidade do tempo em que os enfermeiros coordenadores exercem as funções de gestão é elevada,

existindo enfermeiros coordenadores com pouco tempo de profissão já com essas funções e outros com anos de experiência e com outras realidades profissionais. A formação na área de gestão e/ou prevenção e controlo de infeção também assume um papel preponderante no pensamento e na forma de atuar entre os enfermeiros coordenadores.

2.2. CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Através da análise interpretativa das respostas, foi possível identificar categorias e subcategorias principais dos relatos dos participantes (enfermeiros coordenadores).

Para promover a compreensão do fenómeno em estudo, foi elaborada uma estrutura esquemática das categorias e subcategorias, com referência aos seus constituintes essenciais:

Figura 1 – Diagrama relacional das subcategorias com a categoria *desafios*



Figura 2 – Diagrama relacional das subcategorias com a categoria *estratégias*



As categorias e subcategorias resultaram da análise de conteúdo detalhada das respostas, com triangulação de três investigadores e processo de validação junto dos participantes. Resultado dessa triangulação e validação junto dos participantes, a organização da informação e denominações das subcategorias foi sofrendo diversos ajustes, chegando-se a esta configuração final que, entende-se que melhor espelha as percepções dos enfermeiros coordenadores sobre as suas realidades, considerando a temática em estudo.

As categorias major foram constituídas de modo dedutivo, norteadas pelo foco desta dissertação, seguindo-se as subcategorias que foram construídas a partir da convergência de significados encontrados, após a transcrição e várias leituras das entrevistas, de forma a facilitar a explicitação do fenómeno em estudo, sendo deste modo predominantemente indutivas.

As subcategorias algaliação desnecessária (categoria desafios), tomada de decisão e alternativas ao CV (categoria estratégias) são as únicas que foram criadas de modo dedutivo, visto terem sido incluídas diretamente nas questões que faziam parte do guião de entrevista (Apêndice I) de modo a perceber a visão dos enfermeiros coordenadores e a realidade das instituições onde exercem as funções de gestão, indo desta forma de encontro ao objetivo do estudo. Deste modo tornou-se mais fácil a análise das respostas e posteriormente a discussão dos resultados.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Prevalência de ITU

Quando analisadas as respostas dos enfermeiros coordenadores relativamente à prevalência de ITU nos serviços em que exercem funções de gestão, pode-se afirmar que estas são ocorrências frequentes, visto que todos os entrevistados revelam a existência da problemática da ITU nos seus serviços, como se pode comprovar com a análise de algumas passagens discursais dos enfermeiros que participaram no estudo:

Neste momento temos uma grande prevalência de ITU na instituição. Muitas delas têm como consequência a necessidade da algaliação das pessoas. (E1)

O nosso número de infeções do trato urinário são ainda um número considerável dentro do quadro de pessoas internadas que nós temos. (E2)

Sim considero que haja uma elevada prevalência e incidência. (E3)

Por seminários que vou assistindo e troca de ideias com outros enfermeiros de unidades que vou tendo sei que a ITU é um problema cada vez mais evidente nas unidades. Existem cada vez mais e mais difíceis de tratar. (E5)

É muito elevada. São poucas as pessoas que não chegam algaliadas. Quando eles chegam é que tiramos as sondas vesicais e fazemos as uroculturas mas há uma grande incidência de infeções urinárias. (E6)

De facto, a ocorrência de ITU em pessoas internadas não pode ser considerada esporádica. Os dados recolhidos por Lobão (2015), indicam que cerca de 15–20% das pessoas internadas são submetidas a algaliação, sendo que a bacteriúria ocorre numa taxa entre 3–10% por dia de cateterização, e que destas pessoas que desenvolvem bacteriúria, cerca de 25% vão desenvolver manifestações clínicas de infeção, o que indica que uma em quatro pessoas algaliadas podem desenvolver uma ITU.

De acordo com o CDC, 1 em cada 31 pessoas hospitalizados desenvolveu pelo menos uma IACS em 2018. A maioria das IACS está relacionada com dispositivos ou

procedimentos invasivos, tais como: infecção do trato urinário associada a cateter, infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, infecção do local cirúrgico e PAV mecânica (CDC, 2023).

No entanto, ao contrário do referido anteriormente, alguns enfermeiros coordenadores referem que nos seus serviços existem poucas ITU, como se pode comprovar pelas seguintes passagens dos entrevistados:

Não temos assim muitas não sei precisar quantas, mas não temos muitas infecções do trato urinário. (E4)

No momento atual pouco frequente, contudo, há cerca de 6 meses existia uma maior prevalência que se conseguiu ultrapassar. (E5)

Uma das estratégias referidas que é utilizada para o controlo e das ITU é a realização de uma urocultura na altura da admissão das pessoas, visto que muitas delas já são admitidas com infeções, como nos refere um dos participantes:

Nós temos como norma a realização de urocultura na admissão do doente e por vezes o doente não está sintomático e na urocultura é detetada a infeção urinária e aí inicia logo medicação ajustada. (E3)

Esta estratégia não vai de encontro às recomendações e evidências científicas existentes na literatura, sendo inapropriada, visto que uma urocultura diz respeito a um teste laboratorial que analisa uma amostra de urina para identificar e quantificar quaisquer bactérias ou outros microrganismos que possam estar presentes, contudo na ausência de sintomatologia a mesma não está indicada (Santos et al., 2022). Tendo em conta a etiologia da grande parte das ITU, esta é uma boa maneira para diagnosticar e tratar este tipo de infeções e orientar o tratamento antibiótico adequado, desde que a sintomatologia esteja presente.

Um dos enfermeiros coordenadores referiu que, no seu serviço, a prevalência de ITU era baixa, que a política do serviço é que sempre que possível a sonda deve ser retirada, o que diminui a prevalência de infeções, como se pode ler na passagem seguinte:

Temos uma política em termos da remoção de sonda vesical logo que cheguem tentamos logo retirar a menos que seja desaconselhado como é óbvio. (E4)

Com efeito, já o estudo realizado por Matthay et al., (2018) revelava que o uso prolongado de cateteres vesicais está associado a um aumento do risco de infeção do

trato urinário, que pode chegar a até 100% após 30 dias de uso. Tautner (2010), salienta que o risco de ITU aumenta à medida que a duração da cateterização aumenta e que as pessoas com cateterização vesical apresentam um risco 3 a 7 vezes maior de desenvolver ITU em comparação com as que não têm. Já o estudo de Hooton (2012) destaca que a maioria das ITU associadas a cateteres ocorrem dentro de duas semanas após a inserção do mesmo e que a taxa de infecções aumenta com a duração do uso do cateter. Estas evidências revelam a importância de uma avaliação feita apenas quando necessária. O enfermeiro coordenador deve interagir com outros enfermeiros coordenadores numa dinâmica de partilha de experiências e dificuldades, podendo desta forma inovar e implementar novos procedimentos de acordo com a evidência atual, aprendendo também com as dificuldades dos outros. Deve desenvolver as suas competências de gestão e liderança, assim como de enfermeiro de cuidados gerais para posteriormente poder partilhar com a restante equipa a evidência atualizada.

Inexistência de protocolos

As *guidelines/bundles* e protocolos para a realização de cateterização vesical são importantes para garantir a segurança da pessoa e reduzir o risco de ITU. Essas diretrizes fornecem orientações sobre a seleção adequada da pessoa para a cateterização, técnicas assépticas para a inserção e manutenção do cateter, tempo de uso do cateter e estratégias para a prevenção de complicações.

No entanto, é referido pelos enfermeiros coordenadores que algumas instituições não têm *guidelines* nesse sentido:

Não, não temos protocolos de atuação. (E1)

Não, não existem protocolos nem normas. (E3)

Um estudo recente realizado por Werneburg (2022), destaca precisamente a importância do uso de *guidelines* e protocolos para a prevenção de ITU associadas à cateterização vesical. O autor afirma que o uso adequado destes protocolos pode ajudar a reduzir a incidência de ITU em pessoas algaliadas. A dinâmica de implementação de protocolos deve partir do enfermeiro coordenador. De acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2018) o enfermeiro gestor deve criar procedimentos, diretivas e orientações que consubstanciam os requisitos de conformidade com as exigências da qualidade,

assegurando o controlo e avaliação dos planos, programas e projetos em desenvolvimento. Desta forma, deve incentivar e insistir com o corpo clínico da necessidade da existência de protocolos de atuação, para defesa da equipa de enfermagem, promovendo uma melhor agilização dos cuidados de forma a traduzir-se numa melhoria de qualidade dos mesmos.

Algaliação desnecessária

Questionou-se aos entrevistados o que entendem por algaliação desnecessária. As respostas foram maioritariamente no mesmo sentido: representa uma algaliação que não traz benefícios à pessoa e que, por vezes, apenas é realizada para o conforto e comodismo do profissional, por situações fúteis:

É uma algaliação que tenha em conta o bem-estar e conforto dos profissionais em detrimento da saúde do doente. (E4)

São todas aquelas em que o benefício para a pessoa é menor do que o malefício. (E1)

Algaliação que não traz benefício para a pessoa, como por exemplo maceração inguinal ou região nadegueira. (E5)

Serão todas aquelas avaliações que se ao colocar numa balança terá mais prejuízos para pessoa que propriamente benefícios. (E2)

É quando o doente é submetido a um processo de algaliação, ou seja, uma técnica invasiva sem nenhum benefício clínico para o doente. (E3)

A algaliação desnecessária refere-se à colocação de um cateter urinário na pessoa quando não existe indicação médica ou necessidade para o fazer, o que se traduz num aumento exponencial da incidência da ITU, sendo um fator de risco evitável para este tipo de infeções. No estudo realizado por Caramujo et al. (2011) foi observado que em 160 pessoas internadas, cinco desenvolveram uma ITU estando algaliadas sem indicação para tal. Este é um dado importante tendo em conta o objetivo de melhorar de forma continua a prestação de cuidados, bem como todos os custos associados ao tratamento de ITU. Sendo parte integrante desta decisão, o enfermeiro coordenador deve assumir-se como um elo de mudança e incentivador das boas práticas, dando ferramentas à equipa, como a legislação e normas atualizadas e/ou estudos na área de

prevenção e controlo de infeção, para ter poder de decisão sobre as corretas indicações acerca do procedimento da algaliação e as consequências que acarreta para a instituição e para a pessoa quando o procedimento é feito sem indicações para tal, não indo de encontro com as evidências científicas atuais.

(Não) demonstração de conhecimento

A formação dos enfermeiros e dos auxiliares de ação médica é essencial para a prevenção e controlo de ITU. Esses profissionais de saúde são responsáveis pelo cuidado direto das pessoas e podem ser a primeira linha de defesa contra as ITU (Atkins et al., 2020).

Diminuição do conhecimento ou falta dele [dos enfermeiros]. (E5)

Pouca literacia em saúde por parte das auxiliares de ação médica [enfermeiro coordenador é responsável pela formação em serviço]. (E1)

A formação adequada nessa área permite que os enfermeiros e auxiliares reconheçam os sintomas de ITU e saibam como preveni-las. Eles podem orientar as pessoas sobre a higiene adequada, instruindo sobre a importância da lavagem correta das mãos e o uso de técnicas assépticas durante procedimentos invasivos (Mohammed & Kassar, 2019). O incentivo e a sensibilização da temática por parte do enfermeiro coordenador perante a sua equipa utilizando para isso a partilha de evidência científica recente e/ou transferir para o seu contexto outras experiências transformativas de outras unidades/realidades, é realmente importante para sensibilizar a equipa para a problemática e obter uma adesão às recomendações vigentes de boas práticas. Por exemplo, a promoção de divulgação de outros métodos de trabalho nomeadamente no que respeita à manutenção e avaliação da algaliação e/ou das dificuldades sentidas pelas outras instituições nessa implementação e/ou gestão pode promover o desenvolvimento do espírito crítico da equipa e despertar na equipa a vontade de pertencer à solução sendo eles mesmos os promotores de formação e/ou mudanças, tornando-se incluídos e úteis para a equipa e para a instituição.

Tempo enquanto desafio

Também foi questionado quais os desafios para a implementação e efetivação das práticas para um controlo e prevenção das ITU. A primeira grande razão foi o pouco tempo, ou a falta dele:

O tempo é sempre um desafio. (E4)

O tempo para a prestação de cuidados é escasso o que faz com que o trabalho tenha de ser feito mais depressa aumentando a probabilidade do erro. (E1)

[Não] encontrar o período de tempo para efetuar as ações de formação. [Baixa] adesão das formações e colocação em prática da teoria, cativação da equipa em relação ao PPCIRA. Não existe um cronograma de formações pela instabilidade da equipa. (E5)

Tempo contado para tudo, porque não faço coordenação a tempo inteiro, portanto para dar a formação não há grandes possibilidades. (E8)

Além do tempo necessário para as formações por parte de quem forma e de quem é formado. (E2)

Os enfermeiros têm inúmeras responsabilidades, como preparar e administrar medicamentos, monitorizar sinais vitais e assim como registos e/ou burocracia associada aos procedimentos efetuados o que pode limitar o tempo disponível para educação e formação (Atkins et al., 2020). Outras barreiras e dificuldades incluem: a falta de adesão à formação, a falta de literacia por parte dos auxiliares de ação médica e a falta de recursos humanos, materiais e financeiros que facilitem as formações. Esta falta de tempo aplica-se tanto à equipa como ao enfermeiro coordenador, visto que a maior parte não exerce a função de gestão a *full time* nestas unidades, o que dificulta o agendamento de formações e o acompanhamento diário nos cuidados. O facto de as equipas serem maioritariamente jovens, recém-formados, carece de uma maior supervisão e acompanhamento dos cuidados, sendo perentório existir disponibilidade por parte do enfermeiro coordenador, tanto no seu acompanhamento como na sua avaliação e incentivo.

De acordo com Freitas (2018): a gestão do tempo dos enfermeiros coordenadores, pode ser definida como sendo a adoção de comportamentos, avaliação do tempo, seu planeamento e a monitorização do seu uso, que procura obter uso eficaz do tempo no

desempenho das atividades dos gestores. O que salienta a ideia de que gerir o tempo não é um fim em si mesmo, mas antes um meio para atingir um objetivo. De acordo com o uso eficiente de recursos de gestão do tempo torna-se até mais importante, permitindo aos enfermeiros gestores alcançar metas profissionais e pessoais, pois ao gerir bem o seu tempo, estarão a permitir mais tempo para questões prioritárias. (p. 42)

Falta de recursos financeiros e humanos

Para se conseguir implementar certos procedimentos e solidificar conhecimentos, é imprescindível ter recursos materiais e financeiros que sustentem essa disseminação de evidência e conhecimento, assim como uma equipa motivada para assimilar essas questões e pertencer ao grupo da solução e não do problema. A questão é que as condições de trabalho oferecidas aos profissionais na RNCCI, seja por incapacidade financeira das instituições quer pela alocação desses recursos em outros fundos, de certa forma forçam a saída de profissionais em busca de melhores condições. Por este motivo, é difícil solidificar conhecimento numa equipa em constante rotação, assim como em instituições que passam por dificuldades financeiras constantes, o que vai de encontro com algumas das respostas dos entrevistados:

Falta de recursos materiais e apoio financeiro para a melhoria dos cuidados e condições. (E3)

A nível de recursos estamos sempre limitados e temos que ter alguma contenção. (E7)

Não há recursos financeiros para a correta implementação de circuitos e material clínico de qualidade, assim como para materiais para disseminar a informação. (E5)

Paulo et al., (2010) salientam que uma barreira no desenvolvimento dos cuidados de qualidade na RNCCI é a situação económica/financeira da unidade, sendo que estes problemas económicos têm uma sequencialidade, que se inicia nos problemas económicos da unidade enquanto instituição. Esta situação origina incerteza em relação à permanência no emprego e atrasos nas remunerações da equipa. Por sua vez, estes fatores desencadeiam sentimentos de desmotivação. A incerteza em relação à manutenção do emprego tem por base a instabilidade económica da unidade e os rumores relativos à manutenção do mesmo. Para uma equipa jovem, conhecedora do

mercado de trabalho, esta situação desmotiva e inquieta, sendo difícil controlar a qualidade dos cuidados prestados. É função do enfermeiro coordenador, fazer o levantamento das necessidades do serviço, nomeadamente o rácio pessoa/enfermeiro e fazer chegar essa informação à administração, através de relatórios das tarefas do quotidiano, referindo o que se faz e/ou o que se deveria fazer, permitindo uma dotação segura e desta forma garantir cuidados de segurança e qualidade. De acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2018) o enfermeiro em funções de gestão deve coordenar reuniões periódicas, com as chefias para análise e avaliação dos processos de mudança e intercâmbio de experiências acerca da prática. Deve também validar junto da administração a afetação de recursos em função das necessidades, tendo como referência as dotações seguras, explicitando os ganhos de eficácia e eficiência a obter. A gestão dos recursos materiais pode ajudar neste sentido, libertando verbas para a contratação de novos elementos ou através de incentivos de forma a fixar os elementos já existentes.

Ainda relacionada aos aspetos económicos está a falta de material, sendo uma situação com implicações nos cuidados diários, especialmente no controlo da infeção, material de qualidade necessário para uma melhoria de qualidade e/ou adquirir alternativas ao mesmo (Paulo et al., 2010).

(Inter)dependência na tomada de decisão

No que respeita aos principais intervenientes e responsabilidades, pode-se dizer que se está perante um trabalho de parceria entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, sendo que nas UCCI a decisão é maioritariamente tomada pelos enfermeiros coordenadores e comunicada posteriormente ao médico. O médico sempre que tal é necessário, como se pode observar pelo discurso dos entrevistados:

Sempre em parceria entre enfermagem e a parte clínica. Nós temos médico todos os dias e, portanto, estas situações são sempre discutidas em seio de equipa. (E4)

Enfermeiro e o médico. Em algumas situações já é um trabalho de equipa noutras não. Dependendo da situação que temos para resolver no momento. (E3)

Aqui é uma decisão de enfermagem em parceria com a equipa médica (...) a equipa de enfermagem toma essa decisão e depois procede-se à comunicação com o médico. (E7)

A colocação da teoria na prática é um processo que por vezes se pode considerar complexo pois incorpora o avanço constante de conhecimentos e tecnologia, na qual exercem as suas atividades, diferentes profissionais ligados à área da saúde. Entre eles, o enfermeiro é um dos responsáveis pela assistência prestada à pessoa e desempenha funções administrativas e assistenciais com vista à realização do cuidado e de alguns procedimentos de forma programada ou urgente. Para a articulação destas funções o enfermeiro adapta constantemente o seu processo de trabalho, ao mesmo tempo que a pessoa adota uma posição como eixo central das suas ações e do seu cuidado, privilegiando sempre o bem-estar do mesmo. A tomada de decisão permeia o processo de trabalho do enfermeiro, e é considerada, uma competência, que pode ser definida como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado (Almeida et al., 2011). Deve ser feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência, para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou mais próximo dele.

Inclui etapas como: identificação do problema, agrupamento de dados para análise das causas e das consequências do problema, investigação de soluções alternativas, avaliação das alternativas, seleção da solução mais adequada, implementação da solução escolhida e avaliação dos resultados (Almeida et al., 2011).

Uma rapidez na tomada de decisão é fundamental no sucesso da intervenção, contudo, na enfermagem existem intervenções interdependentes que carecem de ser validadas por outro técnico antes de ser efetuadas.

De acordo com o Regulamento Do Exercício Profissional Do Enfermeiro (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril), no artigo 9.º, número 2, define as intervenções interdependentes como:

“as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas

equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

A decisão de algaliar ou não uma pessoa é considerada uma intervenção interdependente, sendo que a ausência de um médico diariamente nas unidades da RNCCI, torna esse processo mais demorado e conseqüentemente aumenta o tempo de permanência do cateter vesical, tornando-se desta forma num desafio a ser ultrapassado. O enfermeiro coordenador, dentro das suas competências de gestor de cuidados, e de acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2018), deve assumir a responsabilidade pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera e assegura a coordenação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa, tendo de assumir deste modo as decisões da equipa e incentivar às boas práticas baseadas na evidência disponível.

3.2. ESTRATÉGIAS À IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Avaliação do risco na admissão

Como já foi referido, a algaliação é um procedimento clínico que envolve a inserção de um tubo estéril e flexível (cateter) na bexiga através da uretra para drenar a urina sendo um procedimento realizado por diversas razões, como obstrução/retenção urinária, incontinência urinária ou para recolher amostras de urina estéreis para exames laboratoriais. Devido à sua complexidade e pelo facto de estar associado à ocorrência de ITU, foi questionado aos entrevistados quais eram as suas estratégias na manutenção e avaliação do processo de algaliação.

Os entrevistados referem a importância de se fazer uma avaliação geral da pessoa, com recurso à equipa multidisciplinar, de forma a perceber se não existem lesões ou risco de maceração, sendo que cada avaliação é feita caso a caso, como se pode ler pelas passagens seguintes:

Sempre que a pessoa chega nós o que vamos fazer é uma análise generalizada, se a pessoa não tiver lesões não tiver riscos de uma maceração elevada tentamos fazer a remoção da sonda vesical o mais precocemente possível. (E4)

Essa avaliação é feita caso a caso. (E1)

É sempre feita uma avaliação não só pela equipa da enfermagem, mas também pela parte médica da unidade. (E2)

Neste sentido, e indo de encontro ao que é apresentado por Atkins et al., (2020) a avaliação geral deve incluir uma história clínica completa, exame físico e testes laboratoriais. A história clínica deve incluir pormenores sobre o motivo da cateterização, a duração da cateterização e quaisquer episódios anteriores de ITU. O exame físico deve centrar-se no sistema geniturinário, incluindo sinais inflamatórios, dor ou desconforto. As análises laboratoriais devem incluir sumárias de urina e cultura de urina para identificar quaisquer infeções existentes e o microrganismo responsável pela mesma (Atkins et al., 2020).

No âmbito da admissão do risco, o enfermeiro coordenador assume um papel preponderante, sendo a sua função a orientação do processo de admissão, organizando guias orientadores de admissão de modo a organizar e definir as informações relevantes que devem constar no processo da pessoa doente, resultando num processo simples e uniforme. O regulamento de perfil de competências do enfermeiro gestor, refere que o mesmo deve participar na elaboração procedimentos, processos e orientações técnicas, políticas e aprova políticas e procedimentos que sejam elaborados pela administração e/ou equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2018), no âmbito da delegação de competências como é referido no REPE. Neste sentido é importante haver referência ao controlo e prevenção de infeção nesses guias e desde o início estabelecer um objetivo quanto à problemática da ITU, avaliando desde o primeiro momento a necessidade de manter, caso a pessoa seja portadora, ou colocar o cateter vesical nesse momento.

Protocolos de atuação

No que concerne às práticas e recomendações verifica-se que as instituições onde trabalham a maior parte dos entrevistados possuem *guidelines ou bundles* para as práticas de manuseamento, inserção e avaliação da algaliação – protocolos de atuação na algaliação, como se pode verificar de seguida:

Existem práticas de recomendações para o cumprimento algaliação (...) temos o protocolo para a algaliação. (E4)

Sim, existem protocoladas orientações para o procedimento da algaliação. (E5)

Sim existem. Existem protocolos, normas e orientações nesse sentido. (E2)

Nós temos procedimentos. Temos procedimentos feitos e parametrizamos no SClínico as mudanças de cateter. (E6)

Os protocolos são instrumentos de sistematização que auxiliam os enfermeiros no planeamento das ações/intervenções e na tomada de decisão, apoiando nos conflitos éticos e profissionais, colaborando na legitimação das práticas e nas dificuldades do exercício profissional (Araújo et al., 2020). Assim sendo, a incorporação do uso dos protocolos na prática assistencial tem o objetivo de facilitar o trabalho dos enfermeiros e beneficiar a pessoa, tanto na rapidez do procedimento, como na segurança do mesmo pois os protocolos devem ser eles baseados na melhor evidência científica, tendo o enfermeiro coordenador um papel crucial no incentivo na implementação de protocolos assim como fazendo parte da equipa que elabora os mesmos.

O enfermeiro coordenador deve valorizar o protocolo como um meio para a garantia da autonomia e segurança jurídica no exercício das práticas clínicas na equipa, como um modo de organização e construção dessas práticas, pois o protocolo reflete uma estrutura de organização por linhas de cuidado (programática), respondendo, muitas vezes, às necessidades sentidas e expressas pelas pessoas (Araújo et al., 2020).

Hidratação da pessoa

A hidratação constante e regular é também referida como uma importante recomendação para reduzir a probabilidade de ocorrerem ITU, como refere e sublinha um dos participantes:

Vamos monitorizando a questão de uma correta hidratação das pessoas que às vezes é o mais complicado também nestas unidades porque já andamos sempre um pouco a correr. (E4)

De facto, e como confirma um estudo realizado por Lean et al., (2019), a manutenção de níveis de hidratação adequados pode ajudar a prevenir as ITU em pessoas algaliadas, aumentando o débito urinário e eliminando as bactérias do trato urinário. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem incentivar as pessoas a beberem líquidos adequados e a monitorizarem regularmente o seu estado de hidratação. Para além da ingestão de líquidos, os enfermeiros podem também

considerar a utilização de métodos de hidratação alternativos, como fluidos intravenosos, para manter níveis de hidratação adequados em pessoas que tenham dificuldade em ingerir líquidos suficientes por via oral (Lean et al., 2019). A elaboração de mapas de hidratação por parte do enfermeiro coordenador, estipulando horas específicas para a hidratação das pessoas, agilizando o horário, adequando a forma como são hidratados (sonda nasogástrica, água líquida ou espessada) é um método válido/desejável, assegurando desta forma a hidratação da pessoa. Esta sugestão vai de encontro ao que é preconizado no estudo elaborado por Lean et. al (2019), ao referir que as pessoas que beneficiam de uma maior ingestão de líquidos, se traduz numa diminuição da probabilidade de aparecimento de infeção. A elaboração de mapas de hidratação são uma intervenção de baixo custo para a prevenção da ITU e facilmente implementada pelos profissionais de saúde (Lean et al., 2019).

Gestão dos cateteres vesicais e sacos coletores/avaliação da sua necessidade

Foi decidido associar estas duas subcategorias, tendo em conta a sua estreita ligação, tanto nas respostas dos participantes como na simultaneidade na prática dos dois processos.

O tempo de permanência do cateter no organismo parece ser central nesta temática dependendo do tipo de cateter utilizado, se de látex ou de silicone. De acordo com as respostas, relativamente à prática pode-se concluir que, nas unidades a que diz respeito o estudo, o tempo de permanência de um cateter de látex é de um mês ou menos enquanto o de silicone é entre um a dois meses, sendo que sempre que seja necessário deve-se mudar o cateter. As passagens do discurso dos entrevistados mostram essas diferenças:

Temos uma permanência de um mês não superior, contudo acabamos por trocar mais cedo se existir alguma problemática. (E4)

Sondas de látex são trocadas de mês a mês (...) sondas de silicone de dois em dois meses. (E1)

Sondas siliconadas permanecem um mês e as de látex quinze dias. (E2)

Existe um protocolo interno na instituição em que nós usamos as sondas de longa duração cerca de dois meses e as sondas de curta duração fica cerca de um mês. (E3)

Neste momento temos unicamente silicone e nós fazemos a troca mensal, sendo que sempre que haja uma urocultura nós trocamos a sonda, colhemos a urina e mesmo que não tenha um mês trocamos (..) trocamos sempre que trocamos a sonda ou sempre que o saco estiver danificado, roto ou com muitos sedimentos. (E8)

Seguimos as orientações dos fabricantes, por vezes aumentamos mais o tempo de permanência até 3 meses tendo em conta os custos do procedimento (...) trocado saco coletor uma vez por semana. (E5)

Cateteres silicone permanecem 1 mês e os de látex duas semanas. Os sacos coletores são trocados em SOS. (E7)

Esta diferença na permanência é justificada pela natureza dos materiais utilizados. Os cateteres de látex são utilizados há muitos anos e são feitos de borracha natural. São baratos, flexíveis e fáceis de utilizar. No entanto, a sua utilização tem sido associada a um maior risco de infeção e algumas pessoas podem ter reações alérgicas ao material. O tempo de permanência dos cateteres de látex varia entre 7 e 14 dias, contudo, é importante notar que o risco de infeção aumenta com o uso prolongado. Além disso, os cateteres de látex podem tornar-se frágeis e partir-se com o tempo, provocando fragmentos do cateter na bexiga (Saint et al., 2013).

Já os cateteres de silicone são mais recentes do que os cateteres de látex e são feitos de um material sintético. São mais caros do que os cateteres de látex, mas são mais duradouros e têm um menor risco de infeção, sendo, também, menos suscetíveis de causar reações alérgicas. O tempo de permanência dos cateteres de silicone varia entre 28 e 42 dias, dependendo do estado clínico da pessoa e do tipo de cateter utilizado. Alguns estudos concluíram que os cateteres de silicone estão associados a um menor risco de infeção e são mais rentáveis a longo prazo, apesar do seu custo inicial mais elevado (Saint et al., 2002).

No que concerne aos sacos coletores é notório que não existe um padrão de permanência, sendo que alguns dos entrevistados só os trocam quando estes se encontram danificados, ou trocam uma vez por semana, como se pode ler de seguida:

Os sacos coletores são trocados sempre que há necessidades ou porque se encontram danificados ou então na data de troca da sonda vesical. (E1)

Sacos coletores são trocados de 3 em 3 dias. As funcionárias não manipulam sacos coletores com urina contaminada (...) os enfermeiros fazem esse manuseamento. (E6)

Os sacos coletores permanecem quinze dias se o permitir, quer relativamente ao conteúdo da urina no saco ou as queixas das pessoas. No máximo três semanas. (E2)

Os sacos coletores são trocados quando há necessidade, ou seja, em SOS, quando consideramos que seja necessário fazê-lo. (E3)

No entanto, e tendo em conta a função dos sacos coletores, é indicado que estes sejam trocados com regularidade. A troca regular dos sacos coletores é importante para prevenir a ITU, irritação da pele e odor desagradável. Quando o saco coletor fica cheio, pode haver refluxo de urina para a bexiga ou uretra, aumentando o risco de infeção. Além disso, a urina estagnada no saco coletor pode ser um ambiente ideal para o crescimento de bactérias (Mola & Konno, 2010).

A avaliação regular da permanência ou não do cateter e do doente é também de grande importância, de forma a perceber se é necessário continuar com procedimento ou proceder à sua remoção, como se pode ler de seguida:

De quinze em quinze dias ou mês a mês será sempre feita uma reavaliação da algaliação. Quer da algaliação quer do próprio doente e da necessidade do mesmo se manter. (E2)

É feita uma avaliação doente a doente e depois com base no profissional que que também está a exercer ao serviço. (E3)

São avaliadas diariamente todas as pessoas algaliadas, se necessitam ou não da sonda. Dou orientações nesse sentido tendo em conta o motivo da algaliação. (E6)

Como referem Mola e Konno (2010) a avaliação regular da pessoa inclui a monitorização do seu débito urinário, assim como da sua função renal. Ao mesmo tempo é importante avaliar a integridade do cateter em si, para detetar possíveis problemas. Com base nessas avaliações regulares, o médico e/ou enfermeiro podem decidir se o cateter

vesical deve ser mantido ou removido. Se a algaliação não for mais necessária deve ser removido o mais rapidamente possível, ajudando, deste modo a prevenir complicações adicionais e melhorar a recuperação do doente (Newman et al., 2016). Esta última afirmação é corroborada por alguns dos enfermeiros participantes, como se pode ler de seguida:

Tentamos não colocar a menos que seja premente mesmo a colocação. Por este motivo por que o nosso princípio é não os manter e tentar retirar. (E4)

Algalias por complicações agudas é administrada terapêutica como tansulosina e programada a remoção do cateter. (E5)

Tendo em conta que a literatura é ambígua no que respeita ao tempo de permanência/troca dos CV, cabe ao enfermeiro coordenador fazer essa gestão em parceria com o diretor clínico, baseando-se nas orientações dos fabricantes dos produtos e no motivo que levou à algaliação, tendo por objetivo, a sua retirada o mais precocemente possível.

Tomada de decisão

Efetivamente pode-se afirmar que a parceria entre a equipa de enfermagem e a equipa médica é essencial para garantir a segurança e a eficácia da algaliação. A colaboração entre essas duas equipas permite uma comunicação clara e contínua, garantindo que as decisões sejam tomadas com base nas melhores práticas e evidências disponíveis (Niederhauser et al., 2020).

Na maioria das vezes a equipa da enfermagem (...) depois o médico assistente é informado da algaliação e do motivo. Em alturas esporádicas em que o médico também acha que seja pertinente ou ele propriamente avalia essa necessidade, é tomada essa decisão. (E1)

Enfermeiros de serviço que pode ou não ser a coordenadora. Contudo, a situação é discutida em passagem de turno de enfermagem e posteriormente comunicado à coordenadora e ao médico. Na retirada do cateter somos mais autónomos que na colocação. (E5)

É uma decisão feita em equipa de enfermagem, primeiramente e depois médica. (E8)

Sempre a equipa de enfermagem. Por exemplo, o doente está em retenção e nós exteriorizamos a sonda hoje (...) só informamos a equipa médica da intervenção [decisão da colocação do CV]. (E6)

Aqui é uma decisão de enfermagem em parceria com a equipa médica (...) a equipa de enfermagem toma essa decisão e depois procede-se à comunicação com o médico. (E7)

Há que referir que os enfermeiros possuem formação específica na inserção, manutenção e avaliação de cateteres vesicais, bem como na avaliação e prevenção de complicações associadas a esses procedimentos. Ao trabalhar em conjunto com a equipa médica (intervenção interdependente), os enfermeiros coordenadores como responsáveis pelos cuidados de enfermagem, podem fornecer informações cruciais sobre o estado da pessoa e garantir que o procedimento seja realizado com o mínimo de desconforto e risco possível (Niederhauser et al., 2020).

Alternativas ao cateter vesical

Questionou-se ainda sobre métodos alternativos à algaliação. Por um lado, apesar de alguns enfermeiros referirem que não têm alternativas à algaliação:

Não usamos alternativas a algaliação. (E8)

Não usamos alternativas para a algaliação. (E3)

Não são usadas as alternativas à algaliação. (E6)

Foram vários os métodos alternativos referidos por outros enfermeiros coordenadores:

Usamos, dispositivos urinários (PenRose), fraldas, estímulos no uso do WC e fralda. (E4)

São usados os PenRose, incentivo ao WC ao deitar, hidratação e as fraldas. (E1)

Temos alternativas como o PenRose. (E7)

São utilizados dispositivos urinários (PenRose), mudas de fraldas mais regulares, treino vesical e incentivo no uso do WC antes das pessoas serem transferidas para o leito. (E5)

Além do penrose não temos mais nenhuma alternativa. (E2)

É um penso masculino que nós colocamos à volta do pénis para evitar que a urina vá tanto para a zona posterior para evitar a contaminação da ferida e impermeabilizamos o penso desta forma. Por vezes basta só trocar o penso. (E7)

O penrose ou dispositivo urinário externo é um dispositivo que é semelhante a um preservativo, que colocado no pénis da pessoa, e com a conexão a um saco coletor, ajuda a drenar a urina, fazendo com que a mesma não fique em contacto com a pele. Este método é frequentemente usado em casos em que a pessoa é incontinente do esfíncter vesical, com elevados débitos urinários, de forma a evitar o tempo prolongado de contacto do doente com fraldas saturadas de urina ou controlo de débito urinário (Niederhauser et al., 2020).

Já as fraldas para adultos são uma opção bastante comum para pessoas que têm incontinência urinária, sendo muito fácil a sua aplicação e são muito úteis quando as pessoas que têm dificuldade em chegar a uma casa de banho com rapidez suficiente (Niederhauser et al., 2020).

Por fim, o incentivo e estimulação para a casa de banho envolve encorajar a pessoa a urinar regularmente, a fim de evitar a acumulação de urina na bexiga. O incentivo pode incluir uma rotina regular de ida ao wc (horários fixos), enquanto a estimulação pode envolver a aplicação de pressão na área abdominal ou uma massagem na região suprapúbica para incentivar a micção (Niederhauser et al., 2020). A gestão adequada dos recursos materiais, por parte do enfermeiro coordenador, pode permitir uma margem financeira para a aquisição de mais e melhores alternativas ao CV. O contacto com empresas solicitando amostras e/ou ações de formação acerca da eficácia e funcionamento das alternativas pode convencer a administração em relação a sua compra e cativar a equipa para o seu uso. De acordo com o regulamento de perfil de competências do enfermeiro gestor, o mesmo deve assumir-se como agente da mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação, propondo soluções inovadoras ao nível de métodos e processos de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Formação contínua

A principal estratégia de atualização e disseminação de boas práticas para o controlo e prevenção de ITU prende-se, em primeiro lugar, com ações de formação e

sensibilização realizadas junto dos enfermeiros e dos auxiliares de ação médica, tendo em conta as evidências e informações científicas mais recentes e a atualização de protocolos que se vão realizando regularmente:

Formação interna continua de auxiliares e de enfermeiros (...) usando nessas formações a informação mais recente possível. (E1)

Ações de formação direcionadas aos enfermeiros e auxiliares, tais como a correta manutenção de e manuseamento de sacos coletores, uso de luvas, higienização das mãos, entre outras... atualização dos protocolos de forma regular. (E5)

A equipa de enfermagem tem noção das necessidades e ferramentas existentes a nível de literatura e protocolos e, portanto, são parceiros na implementação de boas práticas (...) temos os protocolos atualizados de acordo com as normas e vamos insistindo nas formações de controlo de infeção (...) fazer ensinamentos à nossa equipa de auxiliares por causa da limpeza, e da higiene das pessoas, o modo correto de fazer a higiene às pessoas (...) supervisão dos cuidados delegados (...) ações de formação informais. (E4)

Tenho uma equipa jovem e motivada que me ajuda e apoia na formação da equipa. Terem terminado o curso há pouco tempo torna-se benéfico nesse sentido, as boas práticas estão presentes (...) sensibilização da equipa para a problemática (...) através de ações informais ou discussão de casos em passagens de turno. (E6)

A formação permite que os profissionais possam reconhecer precocemente os sinais de infeção e implementar medidas preventivas, como a administração adequada de antibióticos e a monitorização das pessoas em risco. O enfermeiro coordenador deve procurar essa informação, oferecer essas ferramentas à equipa e incentivar à sua aplicação. A prevenção e controlo de ITU é crucial para melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir custos de tratamento (Mohammed & Kassab, 2019).

Autocuidado higiene na pessoa

O autocuidado higiene revela ser também muito importante para evitar a ITU e assim diminuir a sua ocorrência, como nos refere um dos entrevistados:

Importância dos isolamentos e da correta higienização íntima das pessoas. (E8)

Importância da higiene parcial das pessoas, assim como a correta a colocação das sondas e dos sacos coletores em cadeiras de rodas, camas e cadeirões. (E3)

Tal vai de encontro ao estudo realizado por Traverse et al., (2012) onde se concluiu que as práticas mais eficazes para a prevenção de infecções incluem: higiene das mãos, uso de barreiras de proteção durante procedimentos invasivos, implementação de protocolos de limpeza e desinfecção adequados, e monitorização contínua dos indicadores de infecção. Além disso, o estudo destaca a importância da educação e da formação de profissionais de saúde para a implementação bem-sucedida dessas práticas. A higiene parcial e/ou total aquando da ida da pessoa ao WC e/ou nas mudas de fralda, deve ser alvo de supervisão e incentivo por parte do enfermeiro coordenador, devendo o mesmo participar nesses mesmos cuidados. É um indicador fundamental para se obter os ganhos em saúde desejados. De acordo com o regulamento de perfil de competências do enfermeiro gestor o mesmo deve definir os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e acompanhar a monitorização dos indicadores de qualidade e introduzir as medidas corretivas necessárias, acompanhando esse processo (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A aplicação dessas medidas corretivas é encarado como processos de mudança, sendo parte integrante da competência do enfermeiro em funções de gestão gerir, continuamente, processos de mudança, assumindo-se também como agente da mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Deve ser um apoio nos cuidados e através do exemplo na procura de boas práticas, baseadas na evidência, incentivar a equipa e sensibilizá-la acerca da temática, fazendo com que a mesma se torne uma preocupação para a equipa.

Triagem dos resíduos

A definição de circuitos dos resíduos hospitalares, a sua correta triagem e o seu armazenamento em locais e contentores apropriados, além de uma obrigatoriedade são pontos que podem também ser vistos como uma estratégia de diminuição de prevalência de microrganismos e desta forma a diminuição de IACS, nomeadamente as ITU. A colocação de sacos coletores e restante material resultante de uma algaliação

(resíduos) em local apropriado, pode diminuir a incidência dessas infecções, tendo o enfermeiro coordenador um papel importante na implementação desses circuitos, facultando á equipa formação nessa área e providenciar todo esse material. É uma estratégia usada por dois participantes de acordo com as unidades de registo abaixo:

Triagem de lixo e limpeza de espaços de modo a prevenir as infeções cruzadas, principalmente com a lavagem das mãos. Formação relativamente aos tipos de isolamento e cuidados a ter em cada um dele. (E4)

Reforço da ideia da correta triagem de resíduos (...) acho importante haver esse controlo tendo em conta as bactérias resultantes dos lixos contaminados. (E8)

Sendo as unidades consideradas como produtoras iniciais de resíduos, devem orientar-se pelo Decreto-Lei n.º 102-D/2020 e despacho n.º 242/96, onde estão clarificadas as orientações no que respeita à triagem dos resíduos. Classificar corretamente os resíduos, garantir a sua correta triagem e acondicionamento, armazenar temporariamente os resíduos numa sala ou zona de sujos, definir e implementar um procedimento interno de gestão de resíduos, sendo este último uma competência do enfermeiro coordenador e assegurar a eliminação, por exemplo, mediante contrato com entidade certificada para a gestão dos resíduos hospitalares perigosos. Por último deve existir uma inscrição no sistema integrado de registo eletrónico de resíduos (SIRER).

De acordo com o ponto 7 do Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto, deve existir um procedimento interno de gestão de resíduos, sendo que o mesmo deve contemplar no mínimo condições de triagem e acondicionamento junto aos locais de produção (incluindo identificação clara dos recipientes dedicados a cada tipo de resíduos), condições de manuseamento, circulação e o circuito desde os locais de produção até à zona de armazenamento temporário, onde permanecem até recolha e transporte pela entidade competente, sendo o enfermeiro coordenador parte integrante e importante na elaboração desse procedimento, guiando-se sempre pelas normas de controlo de infeção em vigor, participando na ordem do trabalhos com a equipa multidisciplinar e transmitir essas conclusões e orientações à equipa. Toda esta gestão deve passar pelo enfermeiro coordenador de modo a prevenir e controlar a ocorrência de IACS.

4. CONCLUSÃO E CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO

Os resultados obtidos no estudo indicam que as ITU são uma problemática e um desafio nos serviços de enfermagem e, por conseguinte, as estratégias de controlo e prevenção são cruciais para garantir a segurança da pessoa.

Diversos desafios foram referidos pelos enfermeiros coordenadores e múltiplas estratégias foram descritas. A implementação da melhor evidência na prevenção e controlo de infeções urinárias em UCCI nem sempre é fácil tendo em conta os desafios relatados pelos enfermeiros coordenadores, contudo estes desafios revelam-se como uma oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados, baseando-os na melhor evidência disponível, assumindo o enfermeiro coordenador um papel preponderante nestas unidades, sendo um agente de mudança. Destacam-se como contributos para a gestão o integrar a equipa na elaboração de planos de ação, a troca de experiências com outros enfermeiros coordenadores, o incentivo na procura da melhor evidência disponível e o acompanhamento da equipa nos cuidados e acima de tudo uma gestão baseada na confiança.

Uma das estratégias mais eficazes é a realização de uma sumária de urina, desde que a pessoa se encontre sintomática aquando da admissão, uma vez que permite identificar e quantificar quaisquer bactérias ou microrganismos presentes na amostra de urina, procedimento já efetuado segundo alguns enfermeiros coordenadores entrevistados, referindo eles próprios que este procedimento permite adequar os cuidados da melhor forma. Além disso, as boas práticas de higiene, a utilização de barreiras de proteção (equipamentos de proteção individual) durante os procedimentos invasivos, os protocolos de limpeza e desinfeção adequados e a monitorização contínua dos indicadores de infeção são medidas importantes para prevenir as ITU. É responsabilidade do enfermeiro coordenador supervisionar os procedimentos e a implementação dos protocolos, privilegiando a PBE e a melhoria contínua dos cuidados. Para esse efeito o enfermeiro coordenador deve acompanhar os cuidados e as práticas para identificar dificuldades sentidas por parte da equipa e providenciar ferramentas para que as mesmas sejam ultrapassadas. Acompanhar os cuidados torna-se crucial, sendo pertinente a elaboração de um estudo de coorte, onde se selecionam populações expostas e não expostas a um determinado fator, fazendo o seu acompanhamento por

um determinado período, ao final do qual deve ser analisado o efeito do fator de exposição no aparecimento do desfecho.

As diretrizes e protocolos para a cateterização urinária assumem uma grande importância para garantir a segurança da pessoa e reduzir o risco de ITU. Antes da cateterização, deve ser efetuada uma avaliação geral da história clínica, do exame físico e dos testes laboratoriais da pessoa para identificar e perceber a existência ou ausência de fatores de risco. No decorrer do estudo, principalmente no processo de entrevista foi possível identificar que muitas UCCI, não utilizam protocolos e/ou diretrizes para a colocação/manutenção de cateteres vesicais, atuando de forma aleatória e caso a caso, não havendo uma linha orientadora para os profissionais. Esta informação permitiu perceber a dificuldade existente no controlo da infeção nestas UCCI, sendo importante o enfermeiro coordenador insistir com o corpo clínico na importância na elaboração destas diretrizes, uniformizando procedimentos, mitigando desta forma a probabilidade de aparecimento de ITU.

A hidratação regular também é importante na prevenção da ITU em pessoas submetidas a uma algaliação. A elaboração de um mapa de hidratação com horários definidos pode ser um procedimento vantajoso de forma a garantir que essa hidratação é efetuada e de forma adequada. O tempo de permanência do cateter é fundamental para as estratégias de manutenção e avaliação, assim como os sacos coletores devem ser mudados para evitar infeções e/ou reinfeções, irritação da pele e odor desagradável proveniente de urina (infetada ou não), não esquecendo a premissa de que o sistema de drenagem deve ser manipulado o menos possível.

A parceria entre as equipas de enfermagem e médica é essencial para garantir a segurança e a eficácia da cateterização urinária e o enfermeiro coordenador como responsável pela equipa de enfermagem e pelos cuidados de enfermagem. Deve ser o elo de ligação com a equipa médica, tanto na elaboração de protocolos, como sendo o espelho dos cuidados da restante equipa, transmitindo as suas dificuldades e sugestões, para que desta forma o quotidiano do trabalho se reflita nas melhores práticas. A algaliação desnecessária deve ser evitada para prevenir a incidência de ITU e durante as entrevistas foi notório que os entrevistados tinham noção da definição de algaliação desnecessária e em que circunstâncias a mesma ocorre, mostrando desta forma que esta é uma intervenção efetuada não por falta de conhecimento, mas sim pelo facilitismo nos cuidados. De realçar que o conhecimento de alguns dos enfermeiros

coordenadores relativamente às alternativas da algáliação, mostrou-se pobre, não havendo referência a muitas alternativas e/ou soluções, e algumas das referidas nem sempre se mostraram muito adequadas, tais como a colocação de um “penso masculino” em volta do pênis e/ou a colocação de fraldas (dispositivo que se coloca sempre em pessoas com incontinência).

As atividades de formação e sensibilização dos enfermeiros e assistentes operacionais são cruciais para atualizar e divulgar as melhores práticas de controlo e prevenção das ITU, tendo em conta as evidências e informações científicas mais recentes e a atualização dos protocolos. É emergente, por parte do enfermeiro coordenador, como gestor, gerir um cronograma de ações de formação direcionadas á temática da prevenção e controlo da ITU. Esse cronograma deve ser divulgado com tempo e recursos necessários, para que a equipa se sinta envolvida e esteja comprometida e assídua nessas ações, pois este estudo, permitiu perceber de forma unânime que uma das maiores dificuldades, foi a falta de formação, transmissão de informação/conhecimento e de tempo.

Um dos principais desafios na implementação e eficácia destas práticas de controlo e prevenção das ITU é a referência à “falta de tempo”. Os enfermeiros e os assistentes operacionais têm uma elevada carga de trabalho, e pode ser um desafio garantir que todos os procedimentos são executados corretamente e a tempo. Assim, é necessário assegurar que os enfermeiros e os assistentes operacionais têm os recursos, o apoio e a formação necessários para implementar estas práticas de forma eficaz. Esta limitação do tempo não se configura, somente, aos enfermeiros da equipa, mas aplica-se, igualmente, aos próprios enfermeiros coordenadores. A responsabilidade de coordenação das unidades de cuidados é, mais uma atividade/responsabilidade acrescida relativamente às suas normais atividades de prestação de cuidados, não ficando muito tempo disponível para a uma gestão com uma melhor qualidade.

Em suma, a presente investigação realça desafios à implementação da evidência, expressos pelos enfermeiros coordenadores, destacando-se a sua responsabilidade e importância na implementação das melhores práticas e evidências de controlo e prevenção de ITU na RNCCI. As estratégias discutidas podem reduzir significativamente a prevalência de ITU, melhorando assim a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados de saúde. A parceria entre as equipas de enfermagem e médica é essencial para garantir a segurança e a eficácia do processo de algáliação, sendo necessárias

ações regulares de formação e sensibilização (prevenção e controlo de infeção, triagem de resíduos, divulgação de novas normas e protocolos) para atualizar e divulgar as melhores práticas. O enfermeiro coordenador assume desta forma, um papel preponderante, nomeadamente na elaboração dos protocolos em parceria com a equipa médica, na supervisão dos cuidados e consequente implementação dos protocolos desenvolvidos, não descurando a grande importância da formação e da sensibilização da temática perante a equipa e envolver a mesma nessas decisões e formações. Apesar dos desafios da implementação, os benefícios das PBE de controlo e prevenção das ITU superam largamente os desafios, pelo que é fundamental dar prioridade e afetar recursos para este fim.

BIBLIOGRAFIA

- Alferes, R. (2020). Atividades dos enfermeiros gestores em unidades de saúde mental e psiquiátrica Escola Superior de Enfermagem do Porto *Curso de Mestrado em Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem Activities of nursing managers in mental health and psychiatry units*.
- Almeida, M. de L. de, Segui, M. L. H., Maftum, M. A., Labronici, L. M., & Peres, A. M. (2011). Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(spe), 131–137. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000500017>
- António, N., Teixeira, A., & Rosa, Á. (2019). *Gestão da Qualidade - de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM* (S. Editora (ed.)).
- APEGEL. (2020). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores e Liderança. <http://www.apegel.org/paginas/pagina14>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência 2017* (E. S. de E. de Coimbra (ed.)).
- Araújo, M. C. C., Acioli, S., Neto, M., Silva, H. C. D. de A. e, Bohusch, G., Rocha, F. N. da, & Silva, T. W. G. da. (2020). Protocolos De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde: Instrumento Para Qualidade Do Cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>
- Ascensão, H. S. S. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. 21–66. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena Asceno 2010 Dissertao de Mestrado em Cincias de Enfermagem Da qualidade dos cuidados satisfao das neces1.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20satisfao%20das%20neces1.pdf)
- Atkins, L., Sallis, A., Chadborn, T., Shaw, K., Schneider, A., Hopkins, S., Bunten, A., Michie, S., & Lorencatto, F. (2020). Reducing catheter-associated urinary tract infections: A systematic review of barriers and facilitators and strategic behavioural analysis of interventions. *Implementation Science*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01001-2>

- Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing: Official Journal of the American Urological Association Allied*, 29(5), 369–379.
- Cabrera, M., Delboni, C., & Ansuji, A. (2022). *Desvendando as evidências em terapia ocupacional no contexto hospitalar: revisão integrativa Unraveling the evidence on occupational therapy in the hospital context: integrative review Desentrañando la evidencia sobre la terapia ocupacional en el context*. 2022, 1–21.
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: Revisão narrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Caramujo, N., Carvalho, M., & Caria, H. (2011). Prevalência da algaliação sem indicação um factor de risco evitável. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.2), 517–522.
- Cardoso, R. (2015). *As Infecções associadas aos cuidados de saúde (Dissertação Mestrado)*. 86. https://eg.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS_final.pdf
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–46.
- Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 862–872. <https://doi.org/10.1111/jocn.13586>
- DGS. (2017). *E Controlo De Infecções E De Resistência Aos*. 8, 24. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2022). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/projetos-europeus/partnership-foundation.aspx>
- Dias, D. (2011). *Enfermeiro Coordenador na Unidade de Cuidados na Comunidade Desafios, Dificuldades e Competências*. 88. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16278/1/Dissertação_Cátia.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de

- Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Normas Clínicas*, 1–12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2009). *Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde: Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. 57.
- Escobar-Guzmán, E. A., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Cárdenas, L. F. A. (2021). Satisfaction of surgical patients with nursing care [Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: Revisión sistemática]. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 222–230. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.085111641848&doi=10.5281%2Fzenodo.5036987&partnerID=40&md5=c066feefec8dd317d55a24e35a385548>
- Felix, A. M. (2019). *Infecção Associada a Cuidados de Saúde (IACS)*. Technohospital. <http://www.tecnohospital.pt/noticias/infeco-es-associadas-aos-cuidados-de-saude/>
- Figueira, A. (2013). *Prevenção e controlo de infeção num serviço de urgência: a higienização das mãos*. <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6100>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17–27. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>
- Fortin, M. F., & Duhamel, F. (2008). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. In *Universa medicina* (Vol. 27, Issue 4, pp. 1–373). <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/287>
- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 57–60. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672003000100012>
- Gonçalves, R. M. M. (2012). *Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem : a pessoa idosa em contextos da RNCCI*. 269.
- Gonçalves, S. M. F. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. 1–184. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)

- Grove, S., Gray, J., & Nancy, B. (2015). Understanding Nursing Research Building an Evidence-Based Practice. In *American Speech* (Vol. 15, Issue 3).
- High, K. P. (2002). Infection in an ageing world. *The Lancet Infectious Diseases*, 2(11), 655. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(02\)00434-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(02)00434-6)
- Imam, T. H. (2020). *Infecções bacterianas do trato urinário relacionadas a cateter*. MSD. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-geniturinários/infecções-do-trato-urinário/infecções-bacterianas-do-trato-urinário-relacionadas-a-cateter-ituacs>
- Jaccaud, A., & Mayer, R. (2008). A observação direta e a pesquisa qualitativa. In *A pesquisa qualitativa*.
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). Redeveloping the JBI model of evidence based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 16(4), 227–241. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000139>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58–71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
- Junior, A; Eiro, N. (2013). *Comparação entre modelos da qualidade total e Lean Production aplicados à área da saúde - Estudo de Caso em serviço de medicina diagnóstica*. Revista Latino - Americana.
- Klevens, R., M., E., J. R., R., L., C., Jr, H., C., T., Gaynes, R., P., P., A., D., & Cardo, D. M. (2007). Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals. *Public Health Reports*, 160–166. <https://doi.org/10.1177/003335490712200205>
- Lean, K., Nawaz, R. F., Jawad, S., & Vincent, C. (2019). Reducing urinary tract infections in care homes by improving hydration. *BMJ Open Quality*, 8(3). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2018-000563>
- Lobão, M. J. da C. N. (2015). *Infecções urinárias adquiridas no hospital : resultados de um estudo de coorte realizado num serviço de medicina interna*.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual da Gestão da Qualidade* (Lisboa edi).
- Loureiro, S. (2017). *Instituto Politécnico de Viseu Instituto Politécnico de Viseu Instituto*

Politécnico de Viseu.

- Maccarthy, G; Fitzpatrick, J. (2009). *Development of a competency framework for nurse managers in Ireland*. Journal Of Continuing Education In Nursing. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19681570&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Machado, G., Marinho, A., Afonso, J., Freitas, M., Silva, M., & Coelho, R. (2022). Infeções do trato urinário nos cuidados de saúde primários: estado da arte. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(2), 137–145. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13337>
- Machado, N. de J. B. (2013). Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação. *Universidade Católica Portuguesa*, 14–27.
- Matthay, M. A., Zemans, R. L., Zimmerman, G. A., Arabi, Y. M., Beitler, J. R., Mercat, A., Herridge, M., Randolph, A. G., & Calfee, C. S. (2018). Acute respiratory distress syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0069-0>
- Meddings, J., Rogers, M. A. M., Krein, S. L., Fakh, M. G., Olmsted, R. N., & Saint, S. (2014). Reducing unnecessary urinary Catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: An integrative review. *BMJ Quality and Safety*, 23(4), 277–289. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001774>
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-Based Practice Culture and Mentorship Predict EBP Implementation, Nurse Job Satisfaction, and Intent to Stay: Support for the ARCC© Model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 272–281. <https://doi.org/10.1111/wvn.12524>
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Editora Manole.
- Ministério, S. (2021). *Estrutura da RNCCI*. Portugal.Gov.Pt. <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Nadalin Penno, L., Davies, B., Graham, I. D., Backman, C., MacDonald, I., Bain, J., Johnson, A. M., Moore, J., & Squires, J. (2019). Identifying relevant concepts and factors for the sustainability of evidence-based practices within acute care contexts:

- A systematic review and theory analysis of selected sustainability frameworks. *Implementation Science*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0952-9>
- Niederhauser, A., Züllig, S., Marschall, J., & Schwappach, D. L. B. (2020). Nurses' and Physicians' Perceptions of Indwelling Urinary Catheter Practices and Culture in Their Institutions. *Journal of Patient Safety*, 16(2), E82–E89. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000502>
- Nobre, A. S. P., & Martins, M. D. da S. (2018). Prevalence of peripheral intravenous catheter-related phlebitis: associated factors. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(16), 127–138. <https://doi.org/10.12707/RIV17058>
- OE. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30 de Janeiro de 2018), 3478–3487. <https://dre.pt/application/file/a/114591764%0Ahttps://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário Da República*, 2ª Série, 48, 5948–5952. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao OE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao%20OE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros - Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República*, 2ª Série, 21, 3478–3487. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n-76_2018-regulamento-da-competencia-acrescida-avancada-em-gestao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Conhecer para Intervir*. 1–40.
- Pacheco De Freitas, C. (2018). *Gestão do tempo dos enfermeiros gestores na unidade local de saúde de Matosinhos - Estudo de Caso*. 42, 2019. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25780/1/Tese Carmenn Freitas FINAL.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25780/1/Tese%20Carmenn%20Freitas%20FINAL.pdf)
- Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e porque eles importam. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 44(2), 84–84. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000200084&lng=en&tlng=en

- Paulo, J., Tavares, A., Leite, A., & Silva. (2010). Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros(as) Barriers and solutions in Continuing Care for the Elderly: Nurses' perceptions Barreras y soluciones en los Cuidados Continuos a Personas Ancianas: percepciones. *Abstract Resumen*, 17–28.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., De Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). a Prática Baseada Em Evidências Como Ferramenta Para Prática Profissional Do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>
- Pereira, M. S., Souza, A. C. S. e, Tipple, A. F. V., & Prado, M. A. do. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(2), 250–257. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000200013>
- Ribeiro, D. (2015). *Curso de mestrado em enfermagem curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. 18–20.
- Saint, S. (2000). *Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria*. (A. journal of infection Control (ed.)). American journal of infection control.
- Saint, S., Greene, M. T., Kowalski, C. P., Watson, S. R., Hofer, T. P., & Krein, S. L. (2013). Preventing catheter-associated urinary tract infection in the united states a national comparative study. *JAMA Internal Medicine*, 173(10), 874–879. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.101>
- Santos, M., Mariz, M., Tiago, I., Martins, J., Alarico, S., & Ferreira, P. (2022). A review on urinary tract infections diagnostic methods: Laboratory-based and point-of-care approaches. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 219(June), 114889. <https://doi.org/10.1016/j.jpba.2022.114889>
- Saran, S., Gurjar, M., Baronia, A., Sivapurapu, V., Ghosh, P. S., Raju, G. M., & Maurya, I. (2020). Heating, ventilation and air conditioning (HVAC) in intensive care unit. *Critical Care*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02907-5>
- Silva, I. F. S. da, Rodrigues, I. L. A., Nogueira, L. M. V., Pereira da Silva, H., & Palmeira, I. P. (2022). Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas. *Escola Anna Nery*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean->

2021-0289

- Sing, A. (2013). *USANDO UM LEMBRETE baseado em critérios determinados para reduzir o uso da presença interior URINÁRIA cateteres e DIMINUIR URINÁRIOS TRATO INFECÇÕES*. 22(2), 105–114.
- Tipple, A. F. V., Pereira, M. S., Hayashida, M., Moriya, T. M., & Silva e Souza, A. C. (2003). O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 245–250. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000200017>
- Titler MG. (2008). The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, April 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/>
- Torres, L. (2015). *A Pessoa Idosa Algaliada em Contexto Hospitalar: Intervenções de Enfermagem para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário*. [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16398/1/Relatório de Estágio _ Liliana Torres.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16398/1/Relatório%20de%20Estágio%20-%20Liliana%20Torres.pdf)
- Traverse, J. H., Henry, T. D., & Pepine, C. J. (2012). Intracoronary bone marrow mononuclear cells after myocardial infarction - Reply. *Jama*, 307(10), 1023–1024. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.280>
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D. da, & Santos, A. A. dos. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração Em Saúde*, 17(69). <https://doi.org/10.23973/ras.69.59>
- Vieira, A. N., Petry, S., & Padilha, M. I. (2019). As boas práticas presentes em estudos históricos de enfermagem e saúde (1999-2017). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 973–978. <http://www.scielo.br/j/reben/a/mTCVyFgSbSnFmhp7q6SkXxM/?lang=pt>
- Werneburg, G. T. (2022). Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Current Challenges and Future Prospects. *Research and Reports in Urology*, 14(March), 109–133. <https://doi.org/10.2147/RRU.S273663>
- Zhao, J., Bai, W., Zhang, Q., Su, Y., Wang, J., Du, X., Zhou, Y., Kong, C., Qing, Y., Gong, S., Meng, M., Wei, C., Li, D., Wu, J., Li, X., Chen, W., & Hu, J. (2022). Evidence-based practice implementation in healthcare in China: a living scoping

review. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 20, 100355.
<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100355>

ANEXOS

ANEXO I

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P840_01_2022

Título do Projecto: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados: contributos para a gestão.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Márcio Alexandre Pinto Cardoso.

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Orientador: João Manuel Garcia do Nascimento Graveto e Filipe Paiva Santos

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projeto tem como objetivos identificar as estratégias e os desafios do enfermeiro coordenador na implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Segundo os autores trata-se de um "estudo qualitativo e descritivo" em que a amostra não probabilística, do tipo bola de neve, será constituída por Enfermeiros Coordenadores das UCCI da região centro de Portugal, os quais serão contactos do investigador que, por sua vez, indicam outros potenciais participantes.

Os dados serão obtidos através de entrevista semiestruturada, feita presencialmente ou através de plataformas digitais, tendo por base um guia de entrevista pré-definido, que é mostrado no anexo 2. Serão somente trabalhados os resultados de grupo sem identificação de pessoas ou instituições, sendo destruídas todas as informações no final do estudo.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados.

Data prevista de início da colheita de dados: 2 de março de 2022

Data prevista de fim da colheita de dados: 22 de abril de 2022

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: *Maria Filomena Botelho*

Data: 16/2/2022

O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Filomena Botelho*

ANEXO II

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

Enquadramento: Chamo-me Márcio Alexandre Pinto Cardoso, sou enfermeiro, e encontro-me a realizar um estudo de investigação com o título "Desafios à implementação de evidências na prevenção de infeções urinárias em unidades de cuidados continuados integrados: contributos para a gestão". Esta investigação é de âmbito académico e insere-se no Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e está a ser orientada pelo Professor Doutor João Graveto e pelo Investigador e Enfermeiro-especialista Filipe Paiva Santos.

Explicação do estudo: A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), constitui um problema com consequências importantes a nível socioeconómico em todo o mundo (Caramujo et al., 2011). Segundo Saint (2000) a Infeção do Trato Urinário (ITU) é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde com maior importância pela grande repercussão em termos de morbilidade, de impacto pessoal para as pessoas e suas famílias além do impacto económico para as instituições, afirmando que a algaliação é reconhecida como o principal fator de risco associado à ITU.

A frequência com que as pessoas são algaliadas e o tempo de algaliação determina o maior ou menor risco de ITU. Se o doente estiver inapropriadamente algaliado então esse risco é evitável. Posto isto, as infeções urinárias associadas aos cuidados de saúde são um problema, tendo consequências para as pessoas, organizações e profissionais. Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), esta problemática tem importância acrescida, uma vez que a taxa de prevalência é maior que em hospitais.

O objetivo desta investigação é compreender desafios e estratégias de gestão para a implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em UCCI - RNCCI.

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. Amostra não probabilística, do tipo bola de neve, onde os participantes são enfermeiros a exercer funções de coordenação das UCCI da região centro de Portugal. São contactados pelo investigador que por sua vez indicam outros potenciais contactos. Para dar resposta ao objetivo do estudo, serão realizadas entrevistas, presenciais ou com recurso a plataformas digitais, com a duração

máximo de 30min. As entrevistas serão transcritas e será pedido a cada participante que valide o conteúdo da sua entrevista. A análise de dados será realizada com base no modelo de análise de conteúdo proposto por *Bardin*. Caso sejam usadas plataformas digitais para realizar a entrevista, a gravação da entrevista será armazenada em suporte físico até a transcrição ser validada pelo participante. Após validação do participante, o suporte físico será submetido a formatação completa, por duas vezes consecutivas.

O estudo cumpre os requisitos éticos e legais de uma investigação científica.

Condições e financiamento: Não estão previstos encargos para os participantes, a não ser o tempo disponibilizado para a realização da entrevista. Eventuais deslocações para a realização das entrevistas serão realizadas pelo investigador. A entrevista será marcada de acordo com a disponibilidade dos participantes. De salientar que o estudo mereceu parecer favorável junto da comissão de ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade dos participantes assim como o local de trabalho. Os participantes podem recusar a participação em qualquer fase da investigação, até à publicação dos resultados.

Agradecemos desde já a atenção dispensada e, caso pretenda qualquer esclarecimento, pode entrar em contacto com o investigador por email (marciocardoso1993@gmail.com) ou por telemóvel (911 164 968).

Assinatura do Investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE, NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE

APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género:

Masculino ___

Feminino ___

Tempo de experiência profissional: _____ (anos e meses)

Tempo de exercício profissional na instituição atual: _____ (anos e meses)

Tempo de coordenação/gestão do serviço: _____ (anos e meses)

Habilitações académicas:

Licenciatura ___

Mestrado ___

Doutoramento ___

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Não ___

Sim ___ Em que área? _____

Possui formação específica na área da gestão?

Não ___

Sim, uma licenciatura ___

Sim, uma pós-graduação ___

Sim, um mestrado ___

Sim, um doutoramento ___

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não ___

Sim, uma pós-graduação ___

Sim, um mestrado ___

Sim, um doutoramento ___

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

4. Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?
5. Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica de algaliação?
6. Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV?
Como procedem?
7. Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo da algaliação? Quem é o responsável pela decisão?
8. O que entende por algaliação desnecessária?
9. Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?
10. Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

11. Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

APÊNDICE II

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Título: Desafios e estratégias à implementação de evidência na prevenção de infecções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados: contributos para a gestão

Unidade natural de registo: Escrita a nível semântico

Unidade de contexto: Segmento pergunta resposta

Categoria	Subcategoria	Unidades naturais de registo
Desafios	Prevalência de ITU	<p><i>Neste momento temos uma grande prevalência de ITU na instituição. Muitas delas têm como consequência a necessidade da algaliação dos utentes. E1</i></p> <p><i>O nosso número de infeções do trato urinário são ainda um número considerável dentro do quadro dos vinte e sete utentes que nós temos. E2</i></p> <p><i>Por seminários que vou assistindo e troca de ideias com outros enfermeiros de unidades que vou tendo sei que a ITU é um problema cada vez mais evidente nas unidades. Existem cada vez mais e mais difíceis de tratar. E5</i></p> <p><i>Sim considero que haja uma elevada prevalência e incidência (...) temos como norma a realização de urocultura na admissão do doente e por vezes o doente não está sintomático e na urocultura é detetada a infeção urinária e aí inicia logo medicação ajustada. E3</i></p> <p><i>Temos uma política em termos da remoção de sonda vesical. Logo que cheguem tentamos retirar a menos que seja desaconselhado de acordo com o diagnóstico como é óbvio. E4</i></p> <p><i>É muito elevada. São poucas as pessoas que não chegam algaliadas. Quando eles chegam é que tiramos as sondas vesicais e fazemos as uroculturas mas há uma grande incidência de infeções urinárias. E6</i></p> <p><i>Podemos dizer que não é esporádico. E7</i></p>
	Inexistência de protocolos	<p><i>Não, não temos protocolos de atuação. E1</i></p>

		<p><i>Não, não existem. Muitos já estão algaliados cronicamente. Uns por terem úlceras no sacro e pronto para mantermos o penso limpo e seco. Mas o protocolo atualizado não temos. E8</i></p> <p><i>Não, não existem protocolos nem normas. E3</i></p>
	Algaliação desnecessária	<p><i>É uma algaliação que tenha em conta o bem-estar e conforto dos profissionais em detrimento da saúde do doente (...) não existem critérios clínicos que sustentem o processo. E4</i></p> <p><i>São todas aquelas em que o benefício para o utente é menor do que o malefício. E1</i></p> <p><i>Algaliação que não traz benefício para o utente, como por exemplo maceração inguinal ou região nadegueira. E5</i></p> <p><i>Serão todas aquelas avaliações que se por numa balança terá mais prejuízos para utente que propriamente benefícios. E2</i></p> <p><i>É quando o doente é submetido a um processo de algaliação, ou seja, uma técnica invasiva sem nenhum benefício clínico para o doente. E3</i></p> <p><i>“Dificuldade em manter o controlo das algaliações ditas desnecessárias tendo em conta o comodismo da equipa (...) algaliação que tem como um propósito o comodismo dos profissionais, ou seja, facilitismo dos cuidados, em detrimento do benefício clínico para o doente.” E6</i></p> <p><i>É uma algaliação que por si só não traz vantagens para o doente. E7</i></p>
	(Não) demonstração de conhecimento	<p><i>Diminuição do conhecimento ou falta dele [dos enfermeiros]. E5</i></p> <p><i>Pouca literacia em saúde por parte das auxiliares de ação médica [enfermeiro coordenador é responsável pela formação em serviço]. E1</i></p>
	Tempo enquanto desafio	<p><i>O tempo é sempre um desafio. E4</i></p> <p><i>O tempo para a prestação de cuidados e escaço o que faz com que o trabalho tenha de ser feito mais depressa aumentando a probabilidade do erro. E1</i></p>

		<p><i>[Não] encontrar o período de tempo para efetuar as ações de formação. [Baixa] adesão das formações e colocação em prática da teoria, cativação da equipa em relação ao PPCIRA. Não existe um cronograma de formações pela instabilidade da equipa. E5</i></p> <p><i>Como chefe deveria estar mais presente, mas assumi a coordenação em part time o que torna difícil a minha gestão de tempo para poder partilhar conhecimento. E6</i></p> <p><i>Tempo contado para tudo, porque não faço coordenação a tempo inteiro e, portanto, para dar a formação não há grandes possibilidades. E8</i></p> <p><i>Além do tempo necessário para as formações por parte de quem forma e de quem é formado. E2</i></p>
	<p>Falta de recursos financeiros e humanos</p>	<p><i>Falta de recursos materiais e apoio financeiro para a melhoria dos cuidados e condições. E3</i></p> <p><i>A nível de recursos estamos sempre limitados e temos que ter alguma contenção. E7</i></p> <p><i>Não há recursos financeiros para a correta implementação de circuitos e material clínico de qualidade, assim como para materiais para disseminar a informação. E5</i></p>
	<p>(Inter)dependência na tomada de decisão</p>	<p><i>Contudo é sempre submetido para a avaliação do médico da instituição. E1</i></p> <p><i>Todos os médicos da unidade são intervenientes, sendo que o médico presente na instituição no próprio dia é que avalia o utente, dá essa indicação e prescreve a mesma intervenção. E5</i></p> <p><i>Sempre em parceria entre enfermagem e a parte clínica. Nós temos médico todos os dias e, portanto, estas situações são sempre discutidas em seio de equipa. E4</i></p> <p><i>Será debatido entre a equipa de enfermagem inicialmente será exposta à parte médica incluindo a fisioterapia. E2</i></p> <p><i>Enfermeiro e o médico. Em algumas situações já é um trabalho de equipa noutras não. Dependendo da situação e da situação que temos para resolver no momento. E3</i></p>

		<i>Nós não tomamos a iniciativa sem consultar primeiro a médica para saber a opinião dela e ela também fala com a família para eles também terem conhecimento antes. E8</i>
Estratégias	Avaliação de riscos na admissão	<p><i>Nós temos como norma a realização de urocultura na admissão do doente e por vezes o doente não está sintomático e na urocultura é detetada a infeção urinária e aí inicia logo medicação ajustada. E3</i></p> <p><i>Sempre que o utente chega nós o que vamos ver é fazer uma análise generalizada, se o utente não tiver lesões não tiver riscos de uma maceração elevada tentamos fazer a remoção da sonda vesical o mais precocemente possível. E4</i></p> <p><i>Na avaliação inicial é efetuada uma avaliação acerca da permanência do CV e o motivo da algaliação. (...) as pessoas vêm com CV do hospital. E5</i></p> <p><i>Troca de experiências com outros coordenadores na forma como atuam nas admissões E6</i></p>
	Protocolos de atuação	<p><i>Existem práticas de recomendações para o cumprimento da algaliação (...) temos o protocolo para a algaliação (...) altas hospitalares ainda com as sondas vesicais e, portanto, nós tentamos logo que possível retirar. E4</i></p> <p><i>Sim, existem protocoladas orientações para o procedimento da algaliação de acordo com a norma da DGS com alguns ajustes que o diretor clínico fez. E5</i></p> <p><i>Temos procedimentos feitos e parametrizamos no Sclinico as mudanças de cateter de acordo com orientações que vou fornecendo de acordo com os estudos que vou analisando. E6</i></p> <p><i>Temos o protocolo sim. Protocolo dirigido para a algaliação (...) tentamos fazer a remoção da sonda vesical o mais precocemente possível. E7</i></p> <p><i>[Fazer] uma avaliação não só pela equipa da enfermagem, mas também pela parte médica da unidade (...) sempre que assim é possível a sonda vesical é retirada do utente (...) existem protocolos, normas e orientações nesse sentido. E2</i></p>
		<i>Depois vamos estando sempre a monitorizar esta questão de uma correta hidratação das pessoas que às vezes é o mais complicado também nestas unidades porque já andamos sempre um pouco a correr (...) por vezes é difícil de hidratar</i>

	Hidratação da pessoa	<i>os utentes porque eles não querem (...) e para isso temos estratégias como espessantes de sabores (...) conseguir assegurar de forma adequada a hidratação dos utentes, tanto pelos próprios utentes como pelos profissionais. E4</i>
	Gestão de práticas de enfermagem associada a CV e sacos coletores	<p><i>Temos uma permanência de um mês não superior, contudo acabamos por trocar mais cedo se existir alguma problemática. E4</i></p> <p><i>Sondas de látex são trocadas de mês a mês. E1</i></p> <p><i>Sondas de silicone de dois em dois meses. E1</i></p> <p><i>Sondas siliconadas permanecem um mês e as de látex quinze dias. E2</i></p> <p><i>Existe um protocolo interno na instituição em que nós usamos as sondas de longa duração cerca de dois meses e as sondas de curta duração fica cerca de um mês. E3</i></p> <p><i>Neste momento temos unicamente silicone e nós fazemos a troca mensal, sendo que sempre que haja uma urocultura nós trocamos a sonda, colhemos a urina e mesmo que não tenha um mês trocamos. E8</i></p> <p><i>Sacos coletores são trocados de 3 em 3 dias. As funcionárias não manipulam sacos coletores com urina contaminada (...) os enfermeiros fazem esse manuseamento. E6</i></p> <p><i>Sondas látex são trocadas de duas em duas semanas e silicone uma vez por mês. E3</i></p> <p><i>Caso haja alguma intercorrência com a sonda em que não se consiga resolver também é trocada em SOS. E1</i></p> <p><i>Os sacos coletores são trocados sempre que há necessidades ou porque se encontram danificados ou então na data de troca da sonda vesical. E1</i></p> <p><i>Seguimos as orientações dos fabricantes, por vezes aumentamos mais o tempo de permanência até 3 meses</i></p>

		<p><i>tendo em conta os custos do procedimento (...) trocado saco coletor uma vez por semana. E5</i></p> <p><i>Trocamos sempre que trocamos a sonda ou sempre que o saco estiver danificado, roto ou com muitos sedimentos. E8</i></p> <p><i>Os sacos coletores permanecem quinze dias se o permitir, quer relativamente ao conteúdo da urina no saco ou as queixas dos utentes. No máximo três semanas. E2</i></p> <p><i>Os sacos coletores são trocados quando há necessidade, ou seja, em SOS, quando consideramos que seja necessário fazê-lo. E3</i></p> <p><i>São retiradas as sondas ao fim de 3 semanas independentemente se são de longa ou curta duração. E6</i></p> <p><i>Cateteres silicone permanecem 1 mês e os de látex duas semanas. Os sacos coletores são trocados em SOS. E7</i></p>
	<p>Avaliação da necessidade do CV</p>	<p><i>De quinze em quinze dias ou mês a mês será sempre feita uma reavaliação da algaliação. Quer da algaliação quer do próprio doente e da necessidade do mesmo se manter. E2</i></p> <p><i>É feita uma avaliação doente a doente e depois com base no profissional que também está a exercer ao serviço. E3</i></p> <p><i>São avaliados diariamente todas as pessoas algaliadas, se necessitam ou não da sonda. Dou orientações nesse sentido tendo em conta o motivo da algaliação. E6</i></p> <p><i>Uma semana antes [da data prevista] da retirada da sonda fazemos a avaliação ao utente para perceber se se consegue retirar em segurança, nomeadamente treino vesical. E7</i></p> <p><i>Tentamos não colocar a menos que seja premente mesmo a colocação. Por este motivo porque o nosso principio é não os manter e tentar retirar. E4</i></p> <p><i>Algaliações por complicações agudas é administrada terapêutica como tansulosina e programada a remoção do cateter. E5</i></p>

	Tomada de decisão	<p><i>Na maioria das vezes a equipa da enfermagem (...) depois o médico assistente é informado da algália e do motivo. Em alturas esporádicas em que o médico também acha que seja pertinente ou ele propriamente avalia essa necessidade, é tomada essa decisão. E1</i></p> <p><i>Enfermeiros de serviço que pode ou não ser a coordenadora. Contudo, a situação é discutida em passagem de turno de enfermagem e posteriormente comunicado à coordenadora e ao médico. Na retirada do cateter somos mais autónomos que na colocação. E5</i></p> <p><i>É uma decisão feita em equipa de enfermagem, primeiramente e depois médica. E8</i></p> <p><i>Sempre a equipa de enfermagem. Por exemplo, o doente está em retenção e nós exteriorizamos a sonda hoje (...) só informamos a equipa médica da intervenção [decisão da colocação do CV]. E6</i></p> <p><i>Aqui é uma decisão de enfermagem em parceria com a equipa médica (...) a equipa de enfermagem toma essa decisão e depois procede-se à comunicação com o médico. E7</i></p>
	Alternativas ao CV	<p><i>Usamos, dispositivos urinários (PenRose), fraldas, estímulos no uso do WC e fralda. E4</i></p> <p><i>São usados os penrose, incentivo ao WC ao deitar, hidratação e as fraldas. E1</i></p> <p><i>Temos alternativas como o PenRose. E7</i></p> <p><i>São utilizados dispositivos urinários (PenRose), mudas de fraldas mais regulares, treino vesical e incentivo do uso do WC antes das pessoas serem transferidas para o leito. E5</i></p> <p><i>Além do PenRose não temos mais nenhuma alternativa. E2</i></p> <p><i>É um penso masculino que nós colocamos à volta do pénis para evitar que a urina vá tanto para a zona posterior para evitar a contaminação da ferida e impermeabilizamos o penso desta forma. Por vezes basta só trocar o penso. E7</i></p>

Formação contínua		<p><i>Formação interna contínua de auxiliares e de enfermeiros (...) usando nessas formações a informação mais recente possível. E1</i></p> <p><i>Ações de formação direcionadas aos enfermeiros e auxiliares, tais como a correta manutenção de e manuseamento de sacos coletores, uso de luvas, higienização das mãos, entre outras... atualização dos protocolos de forma regular. E5</i></p> <p><i>A equipa de enfermagem tem noção das necessidades e ferramentas existentes a nível de literatura e protocolos e, portanto, são parceiros na implementação de boas práticas. E4</i></p> <p><i>Temos os protocolos atualizados de acordo com as normas e vamos insistindo nas formações de controlo de infeção (...) fazer ensinios à nossa equipa de auxiliares por causa da limpeza e, acerca, da higiene dos utentes o modo correto de fazer a higiene aos utentes (...) supervisão dos cuidados delegados (...) ações de formação informais. E4</i></p> <p><i>Tenho uma equipa jovem e motivada que me ajuda e apoia na formação da equipa. Terem terminado o curso há pouco tempo torna-se benéfico nesse sentido, as boas práticas estão presentes. E6</i></p> <p><i>Sensibilização da equipa para a problemática (...) através de ações informais ou discussão de casos em passagens de turno. E6</i></p>
Autocuidado higiene na pessoa		<p><i>Importância dos isolamentos e da correta higienização íntima das pessoas. E8</i></p> <p><i>Importância da higiene parcial (íntima) das pessoas, assim como a correta a colocação das sondas e dos sacos coletores em cadeiras de rodas, camas e cadeirões. E3</i></p>
Triagem de resíduos		<p><i>Triagem de lixo e limpeza de espaços de modo a prevenir as infeções cruzadas, principalmente com a lavagem das mãos. Formação relativamente aos tipos de isolamento e cuidados a ter em cada um dele. E4</i></p> <p><i>Reforço da ideia da correta triagem de resíduos (...) acho importante haver esse controlo tendo em conta as bactérias resultantes dos lixos contaminados. E8</i></p>

APÊNDICE III

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E1

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 6 anos e 10 meses

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 6 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 5 anos

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado ____

Doutoramento ____

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim __ Em que área? _____ Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura ____ Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Neste momento temos uma grande prevalência de ITU na instituição. Muitas delas têm como consequência a necessidade da algaliação dos utentes muitas vezes também provenientes de utentes que tiveram internamento hospitalar recente.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Não temos protocolos de atuação, simplesmente cumpre-se a técnica hem ensinada no curso. Relativamente às situações possíveis de algaliação, essa avaliação é feita caso a caso.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Sondas de látex são trocadas de mês a mês. Sondas de silicone de dois em dois meses. Os sacos coletores são trocados sempre que há necessidades ou porque se encontram danificados ou então na data de troca da sonda vesical. Caso haja alguma intercorrência com a sonda em que não se consiga resolver também é trocada em SOS. Os sacos coletores são esterilizados. Contudo é sempre submetido para a avaliação do médico da instituição.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Na maioria das vezes a equipa da enfermagem sendo que depois o médico assistente é informado da algaliação e do motivo. Em alturas esporádicas em que o médico também acha que seja pertinente ou ele propriamente avalia essa necessidade, é tomada essa decisão.

O que entende por algaliação desnecessária?

São todas aquelas em que o benefício para o utente é menor do que o malefício. Por exemplo, por vezes macerações em que se algum tente quando não há nenhuma patologia urinária associada simplesmente para cicatrizar mais depressa uma maceração.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algáliação? Se sim, quais?

Sim são usados os PenRose, incentivo ao WC ao deitar, hidratação e as fraldas.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Pouca literacia em saúde por parte das auxiliares de ação médica. O tempo para a prestação de cuidados e escaço o que faz com que o trabalho tenha de ser feito mais depressa aumentando a probabilidade do erro. O rácio de auxiliares e enfermeiros.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Formação interna contínua de auxiliares e de enfermeiros no que respeita ao controlo de infeção, usando nessas formações a informação mais recente possível.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E2

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 5 anos e 5 meses

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 5 anos e 5 meses

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 2 anos e 6 meses

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim Em que área? _____ Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Por muito poucas que nós tenhamos serão sempre bastante para nós. Qualquer das formas o nosso número de infeções do trato urinário são ainda um número considerável dentro do quadro dos vinte e sete utentes que nós temos.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Sim existem. Existem protocolos, normas e orientações nesse sentido.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

É sempre feita uma avaliação não só pela equipa da enfermagem, mas também pela parte médica da unidade. De quinze em quinze dias ou mês a mês será sempre feita uma reavaliação da algaliação. Quer da algaliação quer do próprio doente e da necessidade do mesmo se manter. Sondas siliconadas permanecem um mês e as de látex quinze dias. Os sacos coletores permanecem quinze dias se o permitir, quer relativamente ao conteúdo da urina no saco ou as queixas dos utentes. No máximo três semanas.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Responsável não existe um responsável só. Será debatido entre a equipa de enfermagem inicialmente será exposta à parte médica incluindo a fisiatria. Dessa forma todos são incluídos e depois de toda essa avaliação partimos para manter ou retirar o cateter vesical.

O que entende por algaliação desnecessária?

Serão todas aquelas avaliações que se por numa balança terá mais prejuízos para utente que propriamente benefícios

Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?

Além do PenRose não temos mais nenhuma alternativa.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Além do tempo necessário para as formações por parte de quem forma e de quem é formado, não vejo outro desafio. No seu geral tem corrido bem.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Ações de formação internas em que o responsável pela área do controlo de infeção vai alertando e disseminando as novas orientações os novos conhecimentos quer pela equipa de enfermagem quer pela equipa de auxiliares. Até mesmo o corpo clínico informa sempre que existir algum tipo de alteração.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E3

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 4 anos e 7 meses

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 4 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 2 anos e 9 meses

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim Em que área? _____ Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Sim considero que haja uma elevada prevalência e incidência. Aqui são infeções que são que são provocadas digamos assim que acontecem depois das pessoas estarem internadas ou quando o seu internamento/admissão elas são diagnosticadas. Da noção que eu tenho acho que as infeções sintomáticas surgem como as pessoas já internadas. Por vezes também ingressam já com infeção embora possam não estar com sintomas, mas já ingressam com a infeção. Outros com sintomatologia na admissão iniciam de imediato o antibiótico empírico. Nós temos como norma a realização de urocultura na admissão do doente e por vezes o doente não está sintomático e na urocultura é detetada a infeção urinária e aí inicia logo medicação ajustada.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algáliação?

Não, não existem protocolos nem normas.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Existe um protocolo interno na instituição em que nós usamos as sondas de longa duração cerca de dois meses e as sondas de curta duração fica cerca de um mês. Depois é feita uma avaliação do doente a doente e depois com base no profissional que também está a exercer ao serviço. Se virem que a sonda começa a estar muito degradada e com bastantes sedimentos fazemos a substituição ou seja não aguardamos o tempo que que é necessário fazemos a substituição antes de determinar o limite instituído dentro da própria instituição. Em relação aos sacos coletores é evitado que se abra o sistema visto que que está contraindicado, mas os sacos coletores são trocados quando há necessidade ou seja em SOS, quando consideramos que seja necessário fazê-lo não. Não está nada discriminado para se fazer nem cumprir determinado período.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo da algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Enfermeiro e o médico. Em algumas situações já é um trabalho de equipa noutras não. Dependendo da situação e da situação que temos para resolver no momento. Há situações em que o médico é que toma a decisão e há outras que a equipa da enfermagem que assume e depois transmite. Há essa autonomia.

O que entende por algaliação desnecessária?

É quando o doente é submetido a um processo de algaliação, ou seja, uma técnica invasiva sem nenhum benefício clínico para o doente.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?

Não usamos alternativas para a algaliação.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Falta de recursos materiais e apoio financeiro para a melhoria dos cuidados e condições.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Transmissão informal aos colegas e as AAM os cuidados e importância da higiene parcial (íntima) das pessoas, assim como a correta a colocação das sondas e dos sacos coletores em cadeiras de rodas, camas e cadeirões.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E4

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 23 anos

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 13 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 13 anos

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim Em que área? Saúde Mental Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado Sim, um doutoramento

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Não temos assim muitas não sei precisar quantas, mas não temos muitas infeções do trato urinário. Temos uma política em termos de da remoção de sonda vesical logo que cheguem tentamos logo retirar a menos que seja desaconselhado como é óbvio. Fazer a avaliação das sondas vesicais aos utentes constantemente. Fazer ensinios a nossa equipa de auxiliares por causa da limpeza e, portanto, da higiene dos utentes o modo correto de fazer a higiene aos utentes para evitar isto. E como é óbvio nós não conseguimos erradicar as desinfecções urinárias, mas vamos estando atentos a esta problemática. Além do mais temos também um núcleo central a nível de todas as unidades em que temos uma CCI central e, portanto, temos cá os nossos elos dinamizadores também em cada unidade para fazer este este tracking, portanto é uma problemática, mas não é daquelas que no imediato mais me preocupa porque a taxa de infeções urinárias que eu tenho cá não é muito elevada.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Existem práticas de recomendações para o cumprimento da algaliação. Temos o protocolo para a algaliação e temos orientações próprias também em termos da própria CCI. Sempre que o utente chega nós o que vamos ver é fazer uma análise generalizada, se o tento não estiver lesões não estiver riscos de uma maceração elevada tentamos fazer a remoção da sonda vesical o mais precocemente possível. Muitos deles chegam das unidades hospitalares ainda com as sondas vesicais e, portanto, nós tentamos logo que possível retirar. Depois vamos estando sempre a monitorizar esta questão de uma correta hidratação das pessoas que às vezes é o mais complicado também nestas unidades porque já andamos sempre um pouco a correr e às vezes vai ficando para trás aquilo que é menos visto e é uma questão de hidratação outras vezes é difícil de hidratar os utentes porque eles não querem porque o utente de idosos a partir de

determinada idade a percepção de sede é muito diferente daquela que nós temos e portanto não quer água e para isso temos estratégias como espessantes de sabores.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Nós fazemos o período de permanência que é aquilo que normalmente fazemos no hospital e, portanto, utilizamos mais aqueles cateteres de látex e temos uma permanência de um mês não superior, contudo acabamos por trocar mais cedo se existir alguma problemática com o cateter e por vezes optamos por fazer a sua remoção. Os outros de silicone temos, mas raramente utilizamos a menos que sejam utentes de permanência de sonda vesical longa que temos muito poucos. Tentamos não colocar a menos que seja premente mesmo a colocação. Por este motivo porque o nosso princípio é não os manter e tentar retirar. Temos utentes que estão completamente acamados e, portanto, fazemos apenas os levantes para os cadeirões e, portanto, usamos fralda. Nós mudamos os sacos coletores a cada vinte e quatro horas.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algáliação? Quem é o responsável pela decisão?

É uma decisão tomada sempre em parceria. Sempre em parceria entre enfermagem e a parte clínica. Nós temos médico todos os dias e, portanto, estas situações são sempre discutidas em seio de equipa. São tidos em conta sempre os benefícios, as vantagens ou não que se podem obter no imediato e é como digo nós colocamos os cateteres em caso de retenções. Por exemplo estamos a falar de um utente do sexo masculino com hipertrofia benigna da próstata e mesmo assim cá já tentámos tirar alguns e não conseguimos porque efetivamente faz acaba por fazer retenção. No caso das utentes do sexo feminino quando eventualmente existem macerações muito exacerbadas que eu não consigo controlar tendo uma fralda ou então com lesões a nível da região sagrada ou a nível de perigo efetivamente a manutenção da sonda é uma mais valia tendo em conta o resto.

Mas estas estas avaliações de colocação de sonda vesical são sempre ponderadas em equipa.

O que entende por algáliação desnecessária?

É uma algáliação que tenha em conta o bem-estar e conforto dos profissionais em detrimento da saúde do doente. Não existem critérios clínicos que sustentem o processo.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algáliação? Se sim, quais?

Sim, usamos, dispositivos urinários (PenRose), fraldas, estímulos no uso do WC e fralda.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Conseguir assegurar de forma adequada a hidratação dos utentes, tanto pelos próprios utentes como pelos profissionais. O tempo é um desafio constante.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Ações de formação informais, supervisão dos cuidados das auxiliares de ação médica. A equipa de enfermagem tem noção das necessidades e ferramentas existentes a nível de literatura e protocolos e, portanto, são parceiros na implementação de boas práticas.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E5

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino x

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 5 anos e 3 meses

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 2 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 1 ano e 2 meses

Habilitações académicas:

Licenciatura x

Mestrado ____

Doutoramento ____

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim __ Em que área? _____ Não x

Possui formação específica na área da gestão?

Não ____

Sim, uma licenciatura ____ Sim, uma pós-graduação x

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não x Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

No momento atual pouco frequente, contudo, há cerca de 6 meses existia uma maior prevalência que se conseguiu ultrapassar.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Sim, existem protocoladas orientações para o procedimento da algaliação.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Algaliação por complicações agudas é administrada terapêutica como tansulosina e programada a remoção do cateter. Sondas látex são trocadas de duas em duas semanas e silicone uma vez por mês e trocado saco coletor uma vez por semana. Se o utente apresenta baixo débito é feita uma lavagem vesical. Piúria ou sedimentos só efetua lavagem se obstruir.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Enfermeiros de serviço que pode ou não ser a coordenadora. Contudo, a situação é discutida em passagem de turno de enfermagem. Todos os médicos da unidade são intervenientes, sendo que o médico presente na instituição no próprio dia é que avalia o utente, dá essa indicação e prescreve a mesma intervenção.

O que entende por algaliação desnecessária?

Algaliação que não traz benefício para o utente, como por exemplo maceração inguinal ou região nadequeira.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?

São utilizados dispositivos urinários (PenRose), mudas de fraldas mais regulares, treino vesical e incentivo do uso do WC antes das pessoas serem transferidas para o leito.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Encontrar o período de tempo para efetuar as ações de formação, adesão das formações e colocação em prática da teoria, cativação da equipa em relação ao PPCIRA e a diminuição do conhecimento ou falta dele.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Atualização dos protocolos de forma regular, ações de formação direcionadas aos enfermeiros e auxiliares, tais como a correta manutenção de e manuseamento de sacos coletores, uso de luvas, higienização das mãos, entre outras.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E6

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 34 anos

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 34 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 5 anos

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado ____

Doutoramento ____

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim __ Em que área? _____ Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura ____ Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

É muito elevada. São poucas as pessoas que não chegam algaliadas. Nós quando eles chegam é que tiramos as sondas vesicais e fazemos as uroculturas mas há uma grande incidência de infeções urinárias. Aliás nós fazemos uroculturas, não posso precisar quantas, mas nós fazemos imensas uroculturas por semana. Recebemos muitas pessoas no pós AVC e portanto eles vêm quase todos algaliados logo da urgência ou internamentos e quando chegam tiramos as sondas muitas vezes fazemos logo a urocultura no dia porque a urina tem aquele cheiro fétido característico. Por seminários que vou assistindo e troca de ideias com outros enfermeiros de unidades que vou tendo sei que a ITU é um problema cada vez mais evidente nas unidades. Existem cada vez mais e mais difíceis de tratar

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Sim. Nós temos procedimentos. Temos procedimentos feitos e parametrizamos no Sclinico as mudanças de cateter.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

São retiradas as sondas ao fim de 3 semanas independentemente se são de longa ou curta duração. São avaliados diariamente todas as pessoas algaliadas, se necessitam ou não da sonda. Os sacos coletores. Sacos coletores são trocados de 3 em 3 dias. As funcionárias não manipulam sacos coletores com urina contaminada.

Quem são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Sempre a equipa de enfermagem. Por exemplo, o doente está em retenção e nós exteriorizamos a sonda hoje. Se o doente não urinar espontaneamente e tiver globo vesical, colocamos a sonda novamente. Só informamos a equipa médica da intervenção.

O que entende por algaliação desnecessária?

Algaliação que tem como um propósito o comodismo dos profissionais, ou seja, facilitismo dos cuidados, em detrimento do benefício clínico para o doente.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?

Não são usadas as alternativas à algaliação.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Dificuldade em manter o controlo das algaliações ditas desnecessárias tendo em conta o comodismo da equipa.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Não são utilizadas nenhuma estratégia além da sensibilização da equipa para a problemática.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E7

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 10 anos

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 7 anos

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 6 anos

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado ____

Doutoramento ____

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim Em que área? Reabilitação Não ____

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura ____ Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não ____ Sim, uma pós-graduação

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Podemos dizer que não é esporádico. Acontece de uma forma frequente. Geralmente as pessoas quando são admitidos na unidade alguns deles já trazem esse foco. Outros já tiveram como antecedentes ou com antibioterapia dirigida outros que vêm mesmo em isolamento contacto.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Temos o protocolo sim. Protocolo dirigido para o procedimento da algaliação.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Cateteres silicone permanecem 1 mês e os de látex duas semanas. Os sacos coletores são trocados em SOS. Uma semana antes da retirada da sonda faz-se a avaliação ao utente para perceber se se consegue retirar em segurança, nomeadamente treino vesical e por vezes introdução de terapêutica caso o médico assim o entenda.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

Aqui é uma decisão de enfermagem em parceria com a equipa médica. Dependente da situação se existe algum risco iminente de uma de uma lesão ou uma ferida ou algum tipo de isolamento por bactéria muito resistente a nível urinário, a equipa de enfermagem toma essa decisão e depois procede-se à comunicação com o médico.

O que entende por algaliação desnecessária?

É uma algaliação que por si só não traz vantagens para o doente. Aqui não a fazemos. Ou é mesmo pela ferida ou por retenção urinária ou às vezes por existência de bactérias na urina, se bem que aí até evitamos se a pessoa for consciente orientada risco se for o contágio for baixo

não colocamos evitamos. Se realmente for desorientado em que vai mexer na fralda ou vai tirar a fralda então optamos por algaliar.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algaliação? Se sim, quais?

Sim temos além há alternativas como o PenRose. Depois às vezes até há situações em que nós evitamos que a urina se vá concentrar na zona da região sagrada ou porque tem uma ferida e assim, fazemos que designamos por um “bombom” ou seja que é um penso masculino que nós colocamos à volta do pénis para evitar que a urina vá tanto para a zona posterior para evitar a contaminação da ferida e impermeabilizamos o penso desta forma. Por vezes basta só trocar o penso.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

A nível de recursos estamos sempre limitados e temos que ter alguma contenção. Mas assim uma grande dificuldade e de análises. Conseguir as credenciais e fazer análises mais regulares para se conseguir um controlo atempado por um diagnóstico mais precoce.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Nós temos os protocolos atualizados de acordo com as normas e vamos insistindo nas formações de controlo de infeção como a lavagem das mãos, triagem de lixo e limpeza de espaços de modo a prevenir as infeções cruzadas, principalmente com a lavagem das mãos. Formação relativamente aos tipos de isolamento e cuidados a ter em cada um dele.

GUIA DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS – E8

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Investigador: Márcio Alexandre Pinto Cardoso

Título da investigação: Desafios à implementação de evidência na prevenção de infeções urinárias em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: contributos para a gestão.

PARTE I - DADOS DO PARTICIPANTE

Género

Masculino__ Feminino

Refira em anos e meses:

Tempo de experiência profissional: 1 ano e 6 meses

Tempo de exercício profissional na instituição atual: 1 ano e 6 meses

Tempo de coordenação/gestão do serviço: 7 meses

Habilitações académicas:

Licenciatura

Mestrado ____

Doutoramento ____

É enfermeiro especialista pela ordem dos enfermeiros?

Sim __ Em que área? _____ Não

Possui formação específica na área da gestão?

Não

Sim, uma licenciatura ____ Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

Possui formação específica na área de prevenção e controlo de infeção?

Não Sim, uma pós-graduação ____

Sim, um mestrado ____ Sim, um doutoramento ____

PARTE II - ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Como considera a ocorrência de ITU na sua instituição?

Nós temos aproximadamente quarenta utentes e temos nove com infeções urinárias sendo que destes nove são com KPC. Destes nove, quatro tem sonda vesical. Temos um utente com sonda vesical que nesse momento não tem infeção urinária, não está em isolamento. Encontram-se em isolamento os restantes por microrganismos diversos.

Existem práticas/recomendações na unidade para o cumprimento da técnica da algaliação?

Não, não existem. Muitos já estão algaliados cronicamente. Uns por terem úlceras na sacro e pronto para mantermos o penso limpo e seco. Mas o protocolo atualizado não temos.

Relativamente aos processos de manutenção/avaliação e remoção do CV? Como procedem?

Neste momento temos unicamente silicone e nós fazemos a troca mensal, sendo que sempre que haja uma urocultura nós trocamos a sonda, colhemos a urina e mesmo que não tenha um mês trocamos. Em relação aos sacos coletores não trocamos por rotina. Neste momento estamos a tentar fazer um protocolo de controlo de infeção. Trocamos sempre que trocamos a sonda ou sempre que o saco estiver danificado, roto ou com muitos sedimentos. Mas não é por rotina.

Quais são os intervenientes na tomada de decisão de submeter uma pessoa ao processo de algaliação? Quem é o responsável pela decisão?

É uma decisão feita em equipa de enfermagem, primeiramente e depois médica. Assim que nós acharmos que se justifica nós contactamos sempre a médica e também temos que falar com a família. Nós não tomamos a iniciativa sem consultar primeiro a médica para saber a opinião dela e ela também fala com a família para eles também terem conhecimento antes.

O que entende por algaliação desnecessária?

Nesse contexto eu penso que na nossa unidade não haja nenhuma algáliação desnecessária tanto que quando nós algaliamos, se por algum motivo voltar a fazer retenção e a causa for alguma infecção urinária depois de cumprir a antibioterapia e ver que o doente está negativo nós tentamos remover de imediato a sonda.

Na unidade que coordena usa alternativas para a algáliação? Se sim, quais?

Não usamos alternativas a algáliação.

Enquanto enfermeiro coordenador que estratégias recorre para atualizar e disseminar evidências na área da prevenção da ITU?

Reforço da ideia da correta triagem de resíduos, da importância dos isolamentos e da correta higienização íntima das pessoas.

Enquanto enfermeiro coordenador que desafios tem encontrado na implementação dessas evidências?

Tempo contado para tudo, porque não faço coordenação a tempo inteiro e portanto para dar a formação não há grandes possibilidades.