

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, vertente pessoa idosa**

Relatório de Estágio

**Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica na  
Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para  
promover o cuidado de Si**

**Diliana Vera Luísa Iria Mateus**

**Lisboa**

**2019**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, vertente pessoa idosa**

Relatório de Estágio

**Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica na  
Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para  
promover o cuidado de Si**

**Diliana Vera Luísa Iria Mateus**

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa**  
**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública







“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”  
Fernando Pessoa  
(Odes de Ricardo Reis, p. 148)



## **AGRADECIMENTOS**

A concretização deste relatório só foi possível com a dedicação, o empenho e investimentos de várias pessoas que colaboraram de forma (in)direta, (in)formal, pelo que estas palavras são poucas para expressar o meu mais sincero agradecimento.

À Professora tutora Idalina Gomes, que me acompanhou desde o início deste percurso, pelo seu espírito crítico, proatividade, disponibilidade, motivação e dedicação constante.

Às enfermeiras orientadoras dos vários campos de estágio pelo seu profissionalismo, acompanhamento, compreensão e orientações críticas e construtivas.

À equipa multidisciplinar, pela forma dedicada como me recebeu e participou na minha formação, pela escuta e parecer construtivo, proporcionador de momentos importantes de reflexão.

Aos meus pais e irmãos pelo cuidado, pela força e por serem os pilares da minha vida.

Ao Bruno pelo amor, dedicação e incentivo nas horas difíceis.

Aos meus velhos amigos pela forma como compreenderam e aceitaram as minhas longas ausências.

Às novas amigadas criadas neste curso, companheiros de trabalho e de formação, que me apoiaram e ouviram, e vão continuar presentes.

À Enfermeira Vanessa, Enfermeira Ana e Enfermeiro Vítor pelo apoio, carinho e colaboração.

Às pessoas idosas e suas famílias que colaboraram no desenvolvimento deste projeto, com respeito e admiração pela generosidade e abertura na partilha das suas vivências.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo

ATS – American Thoracic Association

CDC – Centers for Disease Control

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL – Grupo de Coordenação Local

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IHI – Institute for Healthcare Improvement

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PPCIRA – Programa de Prevenção e controlo de Infeção e Resistências a Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

SWOT – Strengths Weaknesses Opportunities Threats

TET – Tubo Endotraqueal

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIMCR – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica Respiratória

VE – Vigilância Epidemiológica



## RESUMO

Nos dias de hoje, a nova organização social é traduzida pelo aumento da população idosa, representando um desafio para as sociedades atuais, na promoção da sua participação e integração social, assim como, no aumento da capacidade funcional e de saúde da pessoa idosa.

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) e a taxa de resistência aos antimicrobianos são uma realidade crescente e revestem-se de extrema importância, visto que comprometem a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes. No ambiente de cuidados intensivos, a pneumonia associada à intubação (PAI), constitui a infecção nosocomial mais comum, pelo que a evidência demonstra que a implementação e adesão ao feixe de intervenções assume uma estratégia potenciadora da melhoria da qualidade dos cuidados e resultados clínicos. Neste sentido, realizámos um projeto com o objetivo de desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, na prevenção da PAI, através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. Outro objetivo foi contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo desta infecção. A metodologia utilizada foi o trabalho de projeto suportado pela investigação-ação. Dos participantes fizeram parte a equipa multidisciplinar. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram: o questionário e a observação participante com recurso ao registo numa grelha de auditoria clínica.

Os resultados do questionário mostraram a necessidade real de formação da equipa nesta área. A observação das práticas ao longo de 4 semanas revelou uma tendência positiva na taxa de adesão às *bundles* de prevenção da PAI, reflexo da formação em contexto de trabalho, reflexão sobre as práticas e mudanças efetivas nas rotinas do serviço. Percebemos a necessidade de adequar os registos de enfermagem ao que é preconizado, dada a importância destes na implementação do feixe. Sugerimos a manutenção da formação em contexto de trabalho; a monitorização da taxa de incidência de PAI e a realização periódica de processos de auditoria à prática de cuidados e aos registos de enfermagem, visando a excelência do cuidado.

A implementação deste projeto permitiu-nos adquirir aprendizagens no conhecimento da pessoa idosa como um ser único através do cuidado em parceria. Proporcionou-nos também condições para a formação e reflexão sobre a prática, mobilização de estratégias comunicacionais, motivacionais e de liderança.

**Palavras-chave:** Pneumonia associada à intubação; feixe de intervenções; cuidado de enfermagem; pessoa idosa; parceria.

## **ABSTRACT**

Currently, the new social organization is depicted by the increase of the elderly population, representing a challenge for modern societies, in encouraging their participation and social integration, as well as in increasing the functional and health capacity of the elderly.

Healthcare associated infections (HAI) and the antimicrobial resistance rate are a growing concern and are of the utmost importance as they compromise the quality of care and patient safety. In the intensive care setting, intubation-associated pneumonia (IAP) is the most common nosocomial infection, and evidence has been shown that the implementation and adherence to the bundle of interventions assumes a strategy that enhances the quality of care and clinical outcomes. Hence, we carried out a project with the objective of developing skills as specialist nurse in the care of the elderly, in the prevention of IAP, and in a partnership that through an intervention promotes the self-care. Another objective was to contribute to the development of competences of the multidisciplinary team in the prevention and control of this infection. The used methodology was the project work supported by action-research. Participants included the multidisciplinary team. The data collection instruments used were: the questionnaire and participant observation using the registry in a clinical audit checklist.

The results of the questionnaire showed the real necessity for team training in this field. The observation of the practices over 4 weeks revealed a positive trend in the joining rate to the prevention bundles of the IAP, which reflects the formation in the work context, as well as a reflection on the practices and effective changes in the routines of the service. We perceive the need to adapt the nursing records to what is recommended, given the importance of these in the implementation of bundles. We suggest the maintenance of training in a work context; the monitoring of the IAP incidence rate and periodic audit procedures to the practice of nursing and nursing records, aiming at the excellence of care.

The implementation of this project allowed to acquire knowledge of the elderly as a unique being through care in partnership. It also provided conditions for the formation and reflection on the practice, as well as mobilization of communicational, motivational and leadership strategies.

**Keywords:** Pneumonia associated with intubation; bundles of care; nursing care; elderly; partnership.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>I REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
1.1 Pessoa idosa e a Pneumonia Associada à Intubação .....	19
1.2 Cuidar em parceria com a pessoa idosa na promoção de um ambiente seguro.....	25
<b>II METODOLOGIA</b> .....	27
<b>III ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	31
3.1 Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa em contexto domiciliário.....	31
3.2 Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar.....	39
<b>IV CONCLUSÃO</b> .....	54
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	56

## ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I – Gráfico 2 - Evolução da Densidade de Incidência de PAI e o número de episódios de PAI nas unidades de cuidados intensivos monitorizadas entre 2013 e 2017

Apêndice I – Questionário aplicado à equipa multidisciplinar da unidade de cuidados intensivos

Apêndice II – Gráfico 3 – Resultados do questionário aplicado à equipa multidisciplinar

Apêndice III – Consentimento Informado aos participantes do estudo.

Apêndice IV – Apresentação na ECCI – Cuidados de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa Colonizada com MRSA em Contexto Domiciliário.

Apêndice V – Panfleto – Disfagia e Presbifagia

Apêndice VI – Análise de SWOT dos respetivos contextos em estudo.

Apêndice VII – Comunicação livre: “Prevenção da pneumonia associada à intubação  
Implementação das *bundles* na UCI procurando a excelência no cuidar”

Apêndice VIII – *Checklist* verificação da *Bundle* da prevenção da pneumonia associada à intubação

Apêndice IX – Sessão de divulgação do projeto na unidade de cuidados intensivos.

Apêndice X – Apresentação final e divulgação dos resultados na unidade de cuidados intensivos

## **INDICE QUADROS E GRÁFICOS**

Quadro 1: Objetivo geral 1 e respectivo objetivo específico (contexto domiciliário).....32

Quadro 2: Objetivo geral 2 e respectivo objetivo específico (contexto domiciliário).....32

Quadro 3: Objetivo geral 1 e respectivos objetivos específicos (contexto hospitalar)...40

Quadro 4: Objetivo geral 2 e respectivos objetivos específicos (contexto hospitalar)...46

Gráfico 1 – Resultados da observação da prática – aplicação da *bundle* da PAI.....49

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa. Apresenta como finalidade: desenvolver competências para uma prática especializada e de mestre no domínio da enfermagem médico-cirúrgica, em especial no cuidado à pessoa idosa e sua família, em contexto hospitalar e comunitário, tendo por base as competências do enfermeiro especialista descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e as competências de mestre e especialista na vertente do cuidado à pessoa idosa descritas pelo plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este relatório expõe o percurso realizado na implementação do projeto de estágio, cujo o título designámos por “Prevenção da pneumonia associada à intubação na Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de Si”. Os objetivos gerais delineados foram divididos em duas vertentes – hospitalar e domiciliário. No contexto hospitalar: (1) desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na intervenção em parceria com a pessoa idosa na prevenção da PAI, que promovam o cuidado de Si e (2) contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na utilização do feixe de intervenções para prevenir a PAI, reduzindo as suas implicações na pessoa idosa. No contexto domiciliário: (1) Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da pneumonia, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem e (2) colaborar com a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa e sua família na prevenção da pneumonia, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem. Nesta perspetiva, e para dar resposta às competências e objetivos a que nos propusemos adquirir foi realizado um estágio em dois locais distintos. O período mais longo do estágio foi numa unidade de cuidados intensivos (UCI) num total de 500horas e o período mais curto com 100horas, foi na ECCI pertencente à unidade de cuidados na comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O planeamento do estágio foi previamente delineado na unidade curricular “Opção II”.

A evolução da tecnologia teve um impacto direto no aumento do envelhecimento da população, facto este que se encontra relacionado com a mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente o da mortalidade e o aumento da

esperança média de vida. As sociedades atuais encontram desafios constantes para dar resposta ao aumento do número de pessoas idosas, tanto proporcional quanto absoluto, o que impõe mudanças profundas nas políticas sociais, serviços de saúde e mesmo nas representações sociais associadas à pessoa idosa.

As IACS são outra realidade crescente e revestem-se de extrema importância na atualidade, visto que comprometem a qualidade dos cuidados prestados bem como a segurança dos doentes. Esta problemática é transversal em Portugal e no Mundo, dificultando o tratamento adequado do doente, aumentam o risco de morbilidade e mortalidade e o consumo de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2013). Em paralelo com esta situação preocupante é a crescente taxa de resistência a antimicrobianos. Assim, no âmbito do Plano Nacional de Saúde foi criado o Programa de saúde prioritário - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2013), de forma a abordar este flagelo de um modo global e integrado, visto que estes problemas estão intimamente relacionados. Este programa assenta em vários pilares: vigilância epidemiológica (VE), formação dos profissionais de saúde e a normalização de procedimentos e práticas clínicas com o intuito de reduzir as IACS e o consumo de antimicrobianos (DGS, 2013). Ainda nesta perspetiva, em 2009 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o conceito “*patient safety*”, reconhecido internacionalmente como um indicador da qualidade em saúde, entendido como a ausência de danos evitáveis ao doente durante o processo de cuidados de saúde. Em 2015, a Fundação Calouste Gulbenkian e o Ministério da Saúde desenvolveram o projeto “O Desafio Stop Infeção Hospitalar” junto com várias instituições hospitalares e unidades locais de saúde com o compromisso de reduzir em três anos 50% das IACS e estender esta metodologia a todas as outras estruturas de saúde a nível nacional, regional e local (a partir de 1 de Maio de 2018) (Diário da República, 2017). Importa salientar que este fenómeno constitui um problema para a pessoa idosa pois esta faixa etária apresenta a percentagem mais elevada de prevalência de infeção hospitalar (DGS, 2013). De facto, a idade avançada e a coexistência de múltiplas morbilidades condicionam de modo relevante a resposta imunitária do hospedeiro, tornando-o o mais suscetível ao desenvolvimento de infeção, nomeadamente, as que se associam aos cuidados de saúde (Almeida et al., 2016). De entre as IACS, destacamos a PAI como a infeção nosocomial mais frequente em ambiente de cuidados intensivos (Almeida et al., 2016; ECDC, 2017; Sousa, Ferrito & Paiva, 2018; DGS, 2019). Os últimos dados publicados no relatório epidemiológico anual do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

(2017) baseados em dados de 2016 recuperados do sistema europeu de vigilância (TESSy) demonstram que 8,4% de doentes internados em UCI por mais de dois dias apresentaram pelo menos uma IACS, sendo que 6% apresentaram pneumonia; 4% infecção da corrente sanguínea e 2% infecção do trato urinário. 97% dos episódios de pneumonia foram associados à intubação. A nível nacional o último relatório anual do programa prioritário publicado pela DGS (2019) salienta que houve uma redução da densidade de incidência de PAI entre 2013-2017. Refere ainda que o aumento do número de episódios de PAI e respetiva densidade de incidência em 2015 correspondeu ao ano em que se iniciou a introdução do feixe de intervenções para a prevenção desta infeção, bem como ao ano em que existiu um efetivo aumento de número de unidades monitorizadas (anexo I). Neste âmbito, vários autores têm enfatizado a importância da relação dos profissionais de saúde com o doente e a existência de programas efetivos de prevenção e controlo de infeções, assim como a monitorização dos mesmos. De facto, o paradigma tem vindo a mudar, dando destaque à prevenção e não ao tratamento da PAI. Nos últimos anos, têm surgido várias estratégias das quais destacamos as *bundles of care* proposta pela Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Almeida et al., 2016). Estas que em Português se designam por “feixe de intervenções”, onde o objetivo é assegurar que todos os doentes recebam os cuidados recomendados, baseados na melhor evidência e de forma contínua (DGS, 2017). A DGS afirma que uma atuação planeada e bem estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar pelo menos um terço destas infeções (2007). Assim, o nosso projeto visa a implementação sistemática de todo o feixe, promovendo a consciencialização e capacitação da equipa para aplicação da norma de boas práticas na prevenção da PAI.

O campo de competência da enfermagem tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, doença e meio, onde a pessoa é a finalidade de cuidados e não o problema (Collière, 1999). As competências que se adquirem ao longo da aprendizagem experiencial decorrente da prática de enfermagem carecem de um diagnóstico pessoal para poder denominar o seu estágio de competências com o fim de atingir o nível de perito. Assim, e após uma reflexão pessoal acerca do percurso profissional prévio, no que diz respeito ao cuidado centrado na pessoa idosa considerámos que o nível situado era o de proeficiente, segundo o modelo de aquisição de competências de Benner (2001). Para atingir este nível no cuidado à pessoa idosa, foi necessário também o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios definidos pela OE (2010):

responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados; das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade. Mais precisamente, a aquisição de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, que permitam cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2017). Finalmente, a obtenção de competências de enfermeiro mestre, nomeadamente, na capacidade de análise do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, social e económica; no desenvolvimento da compreensão aprofundada do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidados/tratamento e suas implicações; na aplicação de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, em diferentes áreas da prática clínica; no desenvolvimento de projetos e processos de inovação na prática de cuidados (ESEL, 2017).

Para a concretização dos objetivos delineados foi utilizada uma metodologia de projeto, pois esta centra-se na resolução de problemas e proporciona o desenvolvimento de competências num processo de aprendizagem ativo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O modelo conceptual norteador do nosso cuidado de enfermagem foi o modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa de Gomes (2009) por considerarmos ser o mais adequado e o que melhor dá resposta à problemática de enfermagem/pessoa idosa que daqui emerge.

Com a realização deste relatório pretendemos dar visibilidade ao percurso pedagógico resultante do estágio assim como as atividades e competências desenvolvidas. Este encontra-se dividido por capítulos. Na introdução visamos a compreensão e justificação do projeto e os objetivos gerais. O primeiro capítulo é constituído pela revisão da literatura que contextualiza a problemática em estudo e o modelo teórico que sustenta o cuidado de enfermagem à pessoa idosa e sua família. O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado. O terceiro capítulo corresponde à fase de execução e avaliação do projeto, onde são descritas as atividades, aprendizagens e resultados alcançados para o desenvolvimento de competências, encontrando-se dividido em dois subcapítulos de acordo com o contexto de cuidados onde decorreram. Na conclusão consta a síntese global do projeto, reflexão sobre o percurso efetuado, contributos para a melhoria dos cuidados, limitações e sugestões para novos projetos, seguida estão as referências bibliográficas. A elaboração deste trabalho, assim como as referências bibliográficas, seguiram a norma da American Psychological Association.

## I REVISÃO DA LITERATURA

“a formação de base ou a formação permanente desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos de atitudes”

Collière (1999, p.339)

Neste capítulo apresentamos a revisão da literatura que deu suporte ao desenvolvimento do projeto, procurando a melhor evidência científica, para compreender a complexidade do fenómeno em estudo. Está dividido em dois subcapítulos: a pessoa idosa e a PAI e o Cuidar em parceria com a pessoa idosa na promoção de um ambiente seguro.

### 1.1 A Pessoa Idosa e a Pneumonia Associada à Intubação.

A DGS descreve um aumento significativo da prevalência de IACS nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI), comparativamente com os que não são expostos a esta técnica (Pina, Silva, Ferreira, 2010).

A PAI ao longo dos anos tem sido alvo de muitos estudos pelo seu grau de complexidade desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e consequências físicas/materiais. A American Thoracic Society (ATS) and Infectious Diseases of America definiram a PAI (2005) como a pneumonia que se desenvolve em doentes ventilados mecanicamente durante pelo menos 48 horas, caracterizada pela presença progressiva de um novo infiltrado pulmonar, sinais sistémicos de infeção (febre, leucocitose), alterações das características das secreções e a deteção do agente etiológico. Este intervalo de tempo foi definido para diferenciar qualquer nova infeção já em curso no momento da intubação. De acordo com os mesmos autores (2005), classificam-na de início precoce e tardio, devido à diferença de características epidemiológicas e implicações terapêuticas. A PAI precoce é diagnosticada até ao quarto dia de VMI, o que implica melhor prognóstico, enquanto, que o diagnóstico tardio ocorre após o quinto dia e está associada a uma maior taxa de mortalidade causada geralmente por bactérias multirresistentes. Paralelamente, o Centers for Disease Control (CDC) (2008) definiu esta infeção, com a mesma estrutura e recursos que a ATS, com a diferença na janela de tempo de intubação, afirmando que esta ocorre nos dois primeiros dias de VMI. A crítica mais comum que a literatura esclarece pelas diferentes definições que existem, envolvem a subjetividade e a baixa especificidade que culminam em diagnósticos clínicos com baixa precisão (Mietto et

al., 2013). O diagnóstico da PAI utiliza uma combinação de critérios radiológicos, clínicos e laboratoriais (IHI, 2008). Neste sentido, Mietto et al (2013) descreve que existem diferentes instituições que propõe a sua própria definição. Em Portugal, a DGS (2017) definiu a PAI como a pneumonia que surge em doente com tubo endotraqueal (TET) há mais de 48 horas ou em doente extubado há menos de 48 horas. Esta infeção resulta da invasão do sistema respiratório inferior e do parênquima pulmonar por microrganismos patogénicos, uma vez que a intubação compromete a integridade da orofaringe e da traqueia permitindo que secreções gástricas e orais penetrem nas vias aéreas inferiores (Kalanuria, Zai, Mirski, 2014; Mietto et al., 2013). O biofilme desenvolve-se na superfície do TET e atua como um reservatório de microrganismos, também o comprometimento da motilidade mucociliar e do reflexo de tosse não pode contrabalançar a limpeza adequada das secreções (Mietto et al., 2013). A PAI constitui a infeção nosocomial mais comum no ambiente de cuidados intensivos, associado a uma elevada taxa de mortalidade, morbidade e aumento do tempo de ventilação mecânica/permanência na UCI e a custos económicos elevados (IHI, 2012; Mietto et al., 2013; Parisi, 2016; Viana & Torre, 2017; Sousa et al., 2018). De acordo com Kalanuria et al (2014) citando vários estudos, declaram que o risco de PAI é maior durante os primeiros 5 dias de VMI (3%), com duração média entre intubação e desenvolvimento da infeção em aproximadamente 3,3 dias (ATS, 2005; IDSA, 2005; Rello et al., 2002). Este risco desce para 2% por dia entre os dias 5 a 10 dias de VMI e 1% por dia, nos dias seguintes (ATS, 2005; IDSA, 2005). Estudos anteriores colocaram a mortalidade atribuível à PAI entre 33-50%, mas essa taxa é variável e depende fortemente da doença médica subjacente (ATS, 2005; IDSA, 2005). Ao longo dos anos, este risco de mortalidade diminuiu e é estimado mais recentemente entre 9-13% (Melsen et al., 2013) em grande parte devido à implementação de estratégias preventivas. Contudo, a relação entre estas variáveis carece de maior suporte teórico devido às limitações dos estudos. A PAI está intimamente ligada à resistência antimicrobiana, não só pela sua incidência significativa e pelos múltiplos custos envolvidos, mas também devido à sua etiologia microbiana, que levou a pneumonia a ser foco de programas de controlo de resistência antimicrobiana (Paiva et al., 2013). Corroborando com o acima descrito, Hunter (2012) no seu estudo revela que aproximadamente 50% de todos os antibióticos administrados em UCI são para tratamento desta infeção.



A mensuração da taxa de PAI é calculada pelo número de casos de PAI a dividir pelo número de dias de VMI e multiplica-se por mil dias de VMI, norma estabelecida pelo CDC (Viana & Torre, 2017; DGS, 2017).

Existem protocolos de VE de infeções contraídas nas UCI, que visam através de comparações entre países Europeus, investir em estratégias que reduzam as taxas encontradas. Relativamente aos dados de Portugal (dados monitorizados pelo HAI-ICU da ECDC), o último relatório publicado pela DGS (2019) mostra que numa UCI de adultos a PAI assume a taxa de IACS mais elevada, no entanto, os valores de incidência têm vindo a diminuir (anexo I).

Os fatores de risco associados à PAI são divididos segundo a literatura por modificáveis e não modificáveis. Nos fatores modificáveis, incluem-se todos os que se encontram relacionadas com a prestação de cuidados, depressão do estado de consciência através da utilização de sedativos e/ou curarizantes, intubações endotraqueais de repetição, aspiração de secreções endotraqueais, sonda gástrica, colonização da orofaringe e/ou estômago, posição supina (Beraldo, 2008; Coffin et al., 2008; Sadfar, Crnich e Maki, 2005; Standring & Oddie, 2011). Os fatores não modificáveis estão subjacentes ao próprio doente, como a idade, desnutrição, doença pulmonar prévia, imunossupressão, traumatismo craniano, co-morbilidades associadas, índice de gravidade aquando da entrada do doente na UCI (Beraldo, 2008; Sadfar et al., 2005; Standring & Oddie, 2011; Hsieh & Tuite, 2006; Vieira, 2009). Deste modo, é nos fatores de risco modificáveis que os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros podem fazer a diferença no sentido de desenvolverem intervenções que previnam a transmissão de infeção (Hsieh & Tuite, 2006). Por outro lado, há outros autores que incluem a microbiótica da própria UCI como fator modificável, justificando a importância de conhecer as características epidemiológicas do contexto, assim como identificar quais os agentes patológicos mais frequentes (Silva et al., 2011). Neste sentido, torna-se indispensável construir um diagnóstico de situação sobre a instituição envolvida, de forma a implementar medidas preventivas específicas para aquele contexto tendo em conta as *guidelines* internacionais e nacionais. De facto, os estudos mais atuais dão ênfase não ao tratamento, mas à prevenção da PAI, reforçando a necessidade de treinar as equipas dando formação mais específica na área do controlo de infeção. Pelo que foram criadas recomendações com o objetivo de homogeneizar as práticas sustentadas pela atualidade científica. Assim, foram discutidas e aprovadas pela DGS (2017) o “feixe de intervenções” que são um conjunto de intervenções que quando agrupadas e

implementadas de forma integrada, atingem melhores resultados, com maior impacto do que apenas a adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. A norma foi colocada para discussão pública em 16/12/2015 e atualizada a 30/05/2017, intitulada “Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. A criação deste algoritmo clínico utilizou as categorias do CDC e da Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação com base em vários estudos. Estas representam seis intervenções:

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;
- Manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;
- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O.

Nos casos em que a intubação é considerada necessária, o foco da prevenção incide em métodos de aspiração de secreções e minimização da colonização do trato orodigestivo e neste casos devemos ter em conta qual o trajeto da intubação (Holzapfel et al, 1999). Ou seja, deve dar-se preferência à intubação orotraqueal e orogástrica em prol da nasotraqueal ou nasogástrica de forma a diminuir o risco de PAI (Muscedere et al., 2008).

A principal função do *cuff* endotraqueal é produzir uma selagem entre o tubo e a mucosa traqueal de modo a permitir a pressão positiva essencial na ventilação. No entanto, fugas em volta deste dispositivo conduzem à aspiração de secreções contaminadas orofaríngeas, conteúdo gástrico e bactérias, para os pulmões, como referido anteriormente. Assim, a pressão no *cuff* do TET desempenha um papel importante na diminuição do risco de PAI, pelo que deve ser monitorizada diariamente e mantido entre 20 a 30 cm H<sub>2</sub>O (Froes et al., 2007; Grap et al., 2012) dado que doentes com pressões no *cuff* < 20 cm H<sub>2</sub>O têm maior risco de desenvolver a infeção

(Rello et al., 2005). Há outros estudos que descrevem que o controlo automático da pressão do *cuff* poderá ajudar na redução da PAI (Valencia et al, 2007; Nseir et al, 2015).

Para iniciar o processo de desmame é necessário avaliar se o doente está apto, a técnica mais comumente utilizada é o teste de respiração espontânea em que se utiliza a peça em “T” para averiguar se o doente é autónomo no controlo da sua respiração/ventilação (Gali & Goyal, 2003; M.J., 2011). A redução de sedação e as várias tentativas de desmame ventilatório, ajudam a garantir uma melhor capacidade mental do doente para iniciar espontaneamente a respiração, conduzindo a uma extubação mais precoce, culminando num menor risco de PAI (Froes et al., 2007; Girard et al., 2008; Strom, Martinussen & Toft, 2010; Blanquer et al., 2011).

Relativamente à realização de higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, a literatura descreve que doentes que estejam intubados não conseguem fazer a sua higiene oral diária, aumentando o risco de formação de biofilme e colonização por bactérias patogénicas (Shi et al., 2010). A higiene oral com antissépticos (Chan et al., 2007), em particular com gluconato de clorexidina mostrou particular benefício na prevenção das infeções respiratórias pós-operatórias (Klompas et al., 2014). A clorexidina é o antisséptico mais comumente usado e com eficácia comprovava (Tantipong et al., 2008). Em relação à concentração de clorexidina a usar, não existe um valor exato, no entanto há estudos que usam concentrações de 0,12%, 0,2% e 2% de clorexidina, usada 2, 3 e 4 vezes por dia (Micek & Skrupky, 2010).

As *guidelines* atuais recomendam que o doente deve permanecer em decúbito dorsal com a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , contudo alguns estudos realizados neste âmbito não são conclusivos. Esta posição parece diminuir o refluxo gastroesofágico, limitando a colonização orofaríngea e consequente aspiração para as vias aéreas inferiores (Coffin et al., 2008; Mietto et al., 2013) o que contribui para a prevenção da PAI (Keeley, 2007; Alexiou et al., 2009). Por outro lado, Van Nieuwenhoven et al. (2006), realizou uma meta-análise com o objetivo de avaliar a viabilidade desta posição, concluindo que as taxas de PAI suspeitas e microbiologicamente confirmadas não diferiam entre os grupos avaliados, assim como não houve diferenças na mortalidade, tempo na UCI ou dias de ventilação.

Existem estudos que demonstram uma melhor evidência através da implementação e adesão das *bundles* como potenciador da melhoria da qualidade dos cuidados assim como melhores resultados clínicos, ou seja, na redução das taxas de PAI (Venkatram et al., 2010; Parisi, 2016; DGS, 2017; Lerman et al., 2018). A DGS

(2017) preconiza que a implementação da presente norma deve ser contínua, executada a nível nacional, recorrendo a processos de auditoria interna e externa. Neste sentido, este projeto beneficia de uma abordagem multidisciplinar, comparar as práticas habituais do contexto, a formação dos profissionais da unidade, realização de auditorias para avaliar a adesão e divulgação dos resultados (DGS, 2017). Tal como defende outro autor (Resar et al., 2005) as observações parecem ser suficientemente robustas para apoiar a implementação do feixe de intervenções na prevenção da PAI e fornecer um foco de mudanças adicionais na UCI se assim o for necessário. Apesar do feixe de intervenções envolver estas categorias protocoladas, existem outros procedimentos que estão inerentes e também contribuem para a prevenção da PAI, como, a higienização das mãos, a correta técnica de aspiração de secreções (Viana & Torres, 2017), alteração das características do TET/*cuff*, aspiração subglótica intermitente (Mahmoodpoor, et al, 2017). Basicamente, apesar do diagnóstico da PAI ser muito específico, os cuidados prestados aos doentes em risco de PAI estão relacionados com a qualidade dos cuidados prestados a qualquer doente crítico ventilado (Standring & Oddie, 2011).

Como anteriormente comentado, outro eixo que promove a redução das taxas de incidência da PAI envolve a educação dos profissionais de saúde (Coffin et al., 2008; Viana & Torres, 2017; Aloush & Qadire, 2017; Parisi et al., 2016). Drakulovic e colaboradores (1999) realizaram um estudo randomizado e foi dos primeiros a demonstrar a redução da incidência de PAI com um programa educativo dirigido aos enfermeiros que prestavam cuidados a doentes submetidos a VMI. Standring & Oddie (2011) referem-se aos enfermeiros como elementos-chave na prevenção da PAI. No entanto, existem estudos, nomeadamente, um realizado na Jordânia, que investigou o conhecimento dos enfermeiros relativamente a esta temática que verificou grandes lacunas a nível do conhecimento prévio, prevendo práticas de enfermagem inseguras num futuro sustentado (Aloush & Qadire, 2017). Estes autores referem também que mesmo com conhecimento adquirido isso não garante a adesão às diretrizes propostas, mas está provado que depois de educar os enfermeiros sobre as normas há uma redução na incidência de PAI. Apesar de não ser possível generalizar os resultados deste estudo, constituem uma referência na avaliação da efetividade da educação dos profissionais de saúde, particularmente, dos enfermeiros.

A literatura expressa que a idade avançada é um fator de risco não modificável. As preocupações atuais sobre a resistência a antimicrobianos e o crescente número de pessoas idosas culminam numa elevada necessidade de enfermeiros para

desenvolver conhecimentos especializados nos cuidados centrados nesta população (Barakzai, 2008). O mesmo autor descreve que é essencial deter um conhecimento de como as alterações fisiológicas do envelhecimento podem afetar a apresentação e a resposta à infeção na pessoa idosa. O aumento da vulnerabilidade e a apresentação subtil, muitas vezes atípica, da infeção colocam a pessoa idosa com maior risco de atraso no diagnóstico e desenvolvimento de complicações subsequentes, tornando necessária uma identificação precoce e avaliação frequente (Barakzai, 2008). Lítio (2010) refere que a hospitalização na pessoa idosa pode acarretar inúmeras complicações, nomeadamente as IACS, face à sua vulnerabilidade e fragilidade, quer promovida pela presença prévia de doenças crónicas, imunidade deprimida, desnutrição, quer por estarem sujeitos a técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, que rompem as barreiras anatómicas de defesa. Neste sentido, o enfermeiro deve olhar para a pessoa idosa não apenas pelas suas necessidades, mas como um ser de projeto e de cuidado, um património singular com direitos e quereres (Gomes, 2013). O enfermeiro deve ter tempo e espaço para criar uma relação de qualidade com a pessoa idosa, garantindo a existência de um ambiente seguro (Gomes, 2013).

## **1.2 Cuidar em parceria com a pessoa idosa na promoção de um ambiente seguro.**

O modelo teórico, “modelo de cuidado de Si – um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa” permite uma visão estruturada de como a parceria pode ser implementada no dia-a-dia do trabalho relacional dos enfermeiros com o doente idoso. O objetivo da parceria é promover o cuidado de Si, onde o enfermeiro através de uma ação conjunta com a pessoa idosa, fornece-lhe ferramentas que a capacitem de autonomia, poder de decisão, ajuda a lidar com o processo de doença, respeitando sempre a sua individualidade.

O enfermeiro surge com o papel de promover condições que facilitem a pessoa idosa a experienciar as suas transições situacionais como o envelhecimento, saúde – doença, mobilizando recursos que lhe permitam adaptar-se (Meleis, 2010). Este objetivo apenas é possível através do estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa/família, onde o poder é partilhado, pois embora ambos detenham papéis diferentes, estes complementam-se, sentindo-se cada um

parceiro de um mesmo projeto (Collière, 1999; Gomes, 2013). Por outro lado, se a pessoa idosa em situação de dependência/vulnerabilidade, não tem capacidade de autonomia, a estratégia passa por assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013), que no caso de doentes idosos sob VMI em que se encontram completamente dependentes de terceiros, o enfermeiro assume o cuidado que o Outro devia ter consigo mesmo, ou capacitando a família/cuidador para o fazer, partilhando a corresponsabilidade do cuidado. Embora nestas situações “...não exista partilha a nível da decisão, existe partilha a nível dos significados da experiência na ação de cuidados...” (Gomes, 2016, p.209). A estratégia que fundamenta e torna possível o cuidado do Outro, é o enfermeiro conhecer a identidade da pessoa idosa, reconhecer a sua singularidade, permitindo que esta possa prosseguir na sua trajetória de vida (Gomes, 2016). O enfermeiro assume assim, o compromisso com o cuidado do Outro, atua de acordo com os valores e princípios da eficácia terapêutica e profissional, antecipando complicações e proporcionando-lhe conforto e bem-estar. Deste modo, a manutenção de um ambiente seguro torna-se fundamental no cuidado à pessoa idosa, prevenindo e controlando as IACS, através da implementação de boas práticas.

O processo de parceria entre o enfermeiro e o doente idoso, na relação de cuidados, é caracterizado por 5 fases que se interrelacionam. Numa primeira fase, **revelar-se**, possibilita ao enfermeiro dar-se a conhecer e conhecer a pessoa idosa, com base numa relação prévia de confiança. Na segunda fase, **envolver-se**, dá-se desenvolvimento a uma relação de qualidade com tempo e espaço, que permite ao enfermeiro compreender as particularidades da pessoa e do contexto, permitindo a mobilização de dados na ação e na relação (Gomes, 2009). Na terceira fase, **capacitar** ou **possibilitar**, o enfermeiro realiza um cuidado informado e negociado com a pessoa idosa, desenvolvendo um trabalho conjunto com partilha do poder, onde todos se **comprometem** a atingir os objetivos propostos, de forma a transformar as capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a **assumir o controlo do cuidado de Si** (Gomes, 2013). Nesta situação, o enfermeiro fornece ferramentas à pessoa idosa que lhe garantam autonomia e poder para tomar decisões informadas, no contínuo do seu projeto de vida e de saúde. Ainda nesta última fase, outra vertente é **assegurar o cuidado do Outro**, através do *empowerment* do cuidador familiar para ajudar a pessoa idosa, assumindo-se como responsável pelo seu cuidado (Gomes, 2013).

O enfermeiro ao intervir em parceria com a pessoa idosa/família independentemente do contexto de cuidados, permite a promoção de saúde e

prevenção de complicações. Simultaneamente, aumenta os seus conhecimentos e competências no cuidar, quer na pessoa idosa (para cuidar de Si), quer no familiar cuidador (para cuidar do Outro) (Gomes, 2013).

## II METODOLOGIA

“é o caminho para se chegar a determinado fim (...) o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” Gil (1995, p.27)

Neste capítulo descrevemos o tipo de metodologia utilizada na realização do projeto de estágio, que nos permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa e sua família.

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 88º refere que o enfermeiro procura em todo o seu ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a “...atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas...” (OE, 2005, p.135). Também no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista definem que

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada decisão, traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção. (OE, 2011, p.8648).

Neste sentido e com a realização de todo o projeto propusemo-nos desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios definidos pela OE (2010): responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados; das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade. Mais precisamente, a aquisição de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, que permitam cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2017). Finalmente, a obtenção de competências de enfermeiro mestre, nomeadamente, na capacidade de análise do desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, social e económica; no desenvolvimento da compreensão aprofundada do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidados/tratamento e suas implicações; na aplicação de

conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, em diferentes áreas da prática clínica; no desenvolvimento de projetos e processos de inovação na prática de cuidados (ESEL, 2017). Desta forma e para alcançarmos este percurso com sucesso considerámos a utilização da metodologia de projeto suportada pela investigação-ação. A literatura concetualiza a investigação-ação como uma mais-valia pelo seu carácter dinâmico, maior interatividade social, maior proximidade do real pela predominância da prática, da participação, reflexão crítica e intencionalidade transformadora (Coutinho, 2015). Estes pressupostos metodológicos coadunam-se com a metodologia de projeto. Esta metodologia orienta-nos para a melhoria das práticas mediante um problema identificado que suscita no investigador o desejo de mudança, e assim nasceu este projeto. A metodologia de projeto, prevê uma mudança e promove uma prática fundamentada na evidência científica, permitindo a aquisição de competências durante a sua elaboração e a concretização de projetos numa situação real (Ruivo et al., 2010). Pode assumir-se que é um trabalho subordinado aos autores de um contexto preciso pelo que não é generalizável nem suscetível de ser repetido pois diz respeito àquele ambiente (Hesbeen, 2000). Também os autores Castro et al (2002) afirmam que o trabalho de projeto promove a prática de competências sociais, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos que se estendem a todos os elementos do grupo incluindo o orientador. Estas aprendizagens nascem da ação, construindo uma ponte de ligação entre a teoria e a prática. Esta metodologia envolve cinco etapas: diagnóstico de situação; planeamento de atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico de situação visa “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10). Estes autores descrevem que esta etapa assume um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo da realidade do contexto em estudo, no qual a caracterização da situação é um processo contínuo, exigindo uma boa colheita de informação através da utilização de instrumentos de diagnóstico.

No segundo semestre do curso no âmbito da Unidade Curricular de Opção II foi-nos possível definir o problema de investigação através do diagnóstico de situação. Suportados pela literatura que descreve a PAI como sendo a infeção nosocomial mais comum em ambiente de cuidados intensivos e todas as implicações que esta assume a vários níveis, era importante perceber se naquele contexto específico o estudo teria



operacionalização. Nesta fase inicial foram realizadas reuniões informais com a equipa de enfermagem onde houve espaço para uma reflexão crítica que apesar do serviço em questão ter taxas de PAI baixas, estes não tinham em conta o algoritmo clínico preconizado pela DGS face à prevenção da PAI, pelo que demonstraram interesse e motivação a trabalhar esta temática, assumindo a sua pertinência, focalizando a área de interesse num programa de prevenção e controle de infeção e educação para a saúde. Por outro lado, consideraram que a implementação deste projeto assumia um carácter promotor do desenvolvimento de competências na equipa, preparando previamente o serviço e os profissionais para a integração do programa “STOP infeção hospitalar” que já estaria a decorrer em várias unidades do centro hospitalar e que o plano seria estender aos restantes serviços.

Constatámos que a equipa prestava cuidados que estavam orientados para a valorização da pessoa idosa e sua família, na promoção da sua autonomia e individualidade, este fator estava diretamente relacionado com outro projeto desenvolvido no ano anterior por outro colega da especialidade que sensibilizou e preparou a equipa neste sentido.

Esta fase fundamentou e representou o impulso para a construção deste projeto, pelo que neste sentido, foram pedidas autorizações às entidades responsáveis: Direção de Enfermagem, Direção Clínica, Comissão de Ética do Centro Hospitalar, Enfermeira-chefe da UCI e Enfermeira Coordenadora da UCC, tendo obtido o parecer positivo.

No terceiro semestre deu-se continuação ao conhecimento mais aprofundado do fenómeno em estudo, pela aplicação e otimização de instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, o questionário e a observação participante. A escolha desta estratégia deu-se em virtude de ser a mais adequada para dar resposta aos objetivos delineados, tendo em conta o problema identificado, o contexto, os participantes e as variáveis a estudar.

A segunda fase do projeto é o planeamento de atividades, que de acordo com este modelo orientador, resulta de um compromisso entre os objetivos e os recursos disponíveis. Funciona como o desenho do trajeto a percorrer, utilizando os recursos necessários e os previamente existentes, calendarizando as atividades definidas para dar resposta ao problema identificado, e os indicadores que permitem a avaliação do sucesso das intervenções desenvolvidas. Neste sentido, foram construídas as linhas orientadoras que constituem a epígrafe deste trabalho: objetivos gerais e específicos subordinados aos diferentes contextos: hospitalar e domiciliário, que irão ser

descriminados no próximo capítulo. Foi construído previamente um cronograma de forma a representar o limite temporal estabelecido para a realização das atividades.

A terceira etapa da metodologia de projeto envolve a execução do plano previamente definido, onde o orientador assume um papel preponderante na motivação e envolvimento da equipa, visando a sua participação efetiva em todo o processo (Ruivo et al., 2010). A fase de avaliação é contínua, efetuada ao mesmo tempo que a execução do projeto e a avaliação final do mesmo com a avaliação do processo e do produto do projeto (Ruivo et al., 2010). A divulgação dos resultados é a última fase onde se partilha com a população em geral a pertinência do projeto bem como o caminho percorrido para resolver o problema em estudo, através de publicação de artigos, comunicações livres e redação de um relatório final (Ruivo et al., 2010).

Durante o desenvolvimento do trabalho foram considerados os valores humanos do Código Deontológico e assegurados os princípios éticos da autonomia, veracidade, confidencialidade, justiça, fidelidade, não maleficência, beneficência, dignidade, honestidade e responsabilidade profissional (OE, 2009). Em relação ao cuidado e envolvimento das pessoas idosas e suas famílias no projeto, estas foram devidamente informadas da sua situação e da utilização de instrumentos de avaliação, assegurando o seu direito ao anonimato, confidencialidade e intimidade (Fortin, 2009). Tal como defende o artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, que afirma que o enfermeiro deve respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2005). Relativamente aos profissionais de saúde participantes, estes foram envolvidos nos objetivos do projeto e de estágio, tendo a liberdade de escolha da sua integração ou não neste trabalho, garantindo a sua autodeterminação e confidencialidade na identidade dos questionários, observação das práticas e dos registos clínicos e de enfermagem (apêndice III).

### **III IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: ATIVIDADES REALIZADAS**

“...A excelência do exercício não como uma meta absoluta, mas como um caminhar permanente...” OE (2005, p.137)

Neste capítulo apresentamos as atividades realizadas na implementação do projeto, que permitiram e justificaram o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista na área médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa. De forma a facilitar a exposição, este encontra-se dividido em dois subcapítulos de acordo com o percurso efetuado e os objetivos delineados.

#### **3.1 Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa em contexto domiciliário**

De acordo com o cronograma instituído, o estágio teve início nos cuidados de saúde primários (CSP), onde fomos integradas na ECCI da UCC que se insere no ACES da ARSLVT, durante um período de 4 semanas contínuas. A equipa era constituída por 5 enfermeiros (2 dos quais especialistas), uma técnica de serviço social e um fisioterapeuta que se encontrava em baixa prolongada, pelo que as admissões de utentes com carácter para reabilitação eram recusadas pela ausência deste técnico, estariam a aguardar a admissão de um Enfermeiro Especialista em Reabilitação para integrar a equipa. Todas as situações que careciam de apoio clínico e/ou social, eram identificadas pela equipa de enfermagem, para depois ser programada uma visita domiciliária articulada com o médico de família responsável e/ou a técnica de serviço social. A ECCI também desfrutava de outros projetos inovadores assim como parcerias com outras instituições particulares de solidariedade social da comunidade.

Atendendo ao nosso afastamento da realidade dos CSP, e apesar do estágio ser curto, assumiu um importante contributo para o desenvolvimento de competências nesta área. A enfermeira-chefe fez-nos uma apresentação sobre a reestruturação dos CSP, limitações e potencialidades, a área de atuação da UCC assim como os recursos existentes. Os utentes são admitidos na ECCI após processo de referência e validação/autorização pela Equipa de Coordenação Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e de acordo com as vagas existentes. Os cuidados prestados pela ECCI traduziam-se em visitas domiciliárias, realizadas de

acordo com um plano semanal, cuja frequência das mesmas dependia das necessidades do utente e/ou cuidador familiar. Todos os dias úteis, era feita uma pequena reunião de equipa no início do turno, onde se discutia e programava as visitas do dia, partilha de critérios pessoais, familiares e sociais e evolução clínica, no final do dia, eram realizados os registos de enfermagem.

Este subcapítulo apresenta dois quadros que delineiam os objetivos gerais e específicos, com descrição das respetivas atividades e aprendizagens realizadas, a avaliação dos resultados alcançados e uma reflexão sobre as competências adquiridas.

Quadro 1: Objetivo geral 1 e respetivo objetivo específico (contexto domiciliário).

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na promoção do cuidado de Si á pessoa idosa e sua família, na prevenção da pneumonia, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.	1.1 Prestar cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família na prevenção da pneumonia, que promovam o cuidado de si.

Quadro 2: Objetivo geral 2 e respetivo objetivo específico (contexto domiciliário).

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Colaborar com equipa da ECCI na promoção do cuidado de Si á pessoa idosa e sua família na prevenção da pneumonia, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.	2.1 Sensibilizar a equipa multidisciplinar para as necessidades da pessoa idosa, em risco de desenvolver pneumonia, na promoção de um ambiente seguro, tendo por base o modelo conceptual parceria nos cuidados de enfermagem.

### **Atividade: Realização do estágio na ECCI.**

Tivemos oportunidade de acompanhar a pessoa idosa e sua família desde o acolhimento (primeira visita domiciliária), a dar continuidade a tratamentos e a realizar visitas articuladas com médico e assistente social. Em todas as visitas domiciliárias

que participámos sentimos que a nossa visita faz parte da rotina daquelas pessoas, fazemos parte da sua vida, a equipa emerge no contexto de vida da pessoa idosa e sua família, promovendo uma continuidade para o cuidado de Si ou assegurando o cuidado do Outro (Gomes, 2013). Tal como complementa Fernandes (2013) o cuidado à pessoa idosa necessita muito mais do que meros cuidados físicos. Tavares & Silva (2010) nos vários estudos que analisaram destacam que de entre as várias dimensões do cuidado a mais evidenciada pelos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa é a “afetiva/expressiva”, expressa no carinho, na relação interpessoal, na empatia, na comunicação, no respeito, na escuta e no conforto. De facto, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários são privilegiados no estabelecimento de uma relação de parceria enfermeiro-pessoa idosa na promoção de um envelhecimento bem-sucedido (Fernandes, 2013). Durante as visitas que fomos realizando pudemos constatar como os cuidados são centrados na pessoa idosa desde o modo de entrar em casa, à maneira como conduzíamos a visita, assim como, de nos despedirmos e agendarmos a próxima. Tínhamos muitas vezes sinais combinados, como por exemplo, três toques à campainha, bater na janela antes de tocar á campainha, tudo afim de reconhecerem a nossa presença previamente garantindo-lhes segurança. Ao longo do estágio, fomos progressivamente passando de uma postura de observação para adoção de uma postura participativa nos cuidados, recorrendo à criação de um espaço e tempo favorável para estabelecer uma relação de confiança que fundamenta a construção do processo de parceria com a pessoa idosa (Gomes 2013; 2016).

Os cuidados domiciliários permitem que a pessoa idosa continue a mobilizar as suas capacidades ou compensar o que já não pode fazer autonomamente para assegurar a sua vida quotidiana (Collière, 2003). Corroborando com esta premissa também o programa nacional para a saúde das pessoas idosas afirma que o contexto domiciliário e por consequente a visitação domiciliária assumem uma oportunidade à promoção e manutenção da saúde da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, a capacitação do cuidador familiar integra uma intervenção igualmente prioritária para a complementaridade e garantia dos cuidados prestados (DGS, 2004).

Na realização das visitas domiciliárias, observámos algumas situações que careciam de suporte tanto em termos de educação para a saúde, capacitação para os cuidados ou mesmo necessidade de articulação com outras entidades e apoio social. O estudo realizado por Pereira & Costa (2007) descreve que o apoio domiciliário surge muitas vezes na sequência de altas hospitalares que tendem a ser cada vez mais curtas. E por vezes no momento da alta, a melhoria clínica não é acompanhada com

a melhoria em termos cognitivos e funcionais, conduzindo ao agravamento da dependência da pessoa idosa (Azeredo, 2014). É imperativo a preparação das famílias para o regresso a casa da pessoa idosa, no entanto, este desafio muitas vezes é completado pelo enfermeiro da comunidade. “Vocês em meia hora ensinaram-me mais do que em 10 dias de internamento lá no hospital...” (sic), foi o testemunho de um cuidador familiar que descrevia o seu descontentamento, questionando “...se eu ia ser o responsável pelos cuidados prestados à minha esposa porque é que quando lhe iam prestar cuidados me punham fora da enfermaria?!”. Esta foi sem dúvida uma grande aprendizagem, compreendemos que existem dimensões do contexto de vida da pessoa idosa, características do cuidador e ambiente familiar, que geralmente não são valorizadas no hospital. Nesta perspetiva, acompanhamos outra situação em que identificámos elevado risco tanto para a pessoa idosa como para o cuidador, não era possível manter um ambiente seguro e assegurar o cuidado do Outro, pelo que houve novo processo de referenciação para outra tipologia da RNCCI.

A construção de uma relação de confiança e compromisso, permite planear um projeto de cuidados com a pessoa idosa e sua família, com o devido tempo e espaço, na escuta das suas preocupações e limitações integrando-a no seu projeto de vida e de saúde. Desta forma, estabeleceu-se uma parceria nos cuidados entre pessoa idosa/enfermeira/cuidador familiar (Gomes, 2013). O processo de parceria surge quando o cuidado ao Outro foi assegurado e/ou promoveu o cuidado de Si, respeitando todos os seus valores, escolhas, direitos, recursos socioculturais e económicos, e o modo como estes influenciaram a resposta da pessoa idosa à transição de saúde/doença ou perda de autonomia (Partis, 2009; Gomes, 2013).

O conceito do cuidado centrado na pessoa é defendido por vários autores, mas foi Kitwood (1997) fundador do conceito dentro do cuidado à pessoa idosa, que descreve os elementos básicos: reconhecimento da pessoa idosa como pessoa que pode experienciar a vida e relacionamento apesar da doença grave; oferecer e respeitar as suas escolhas; usar a vida passada e a sua história para cuidar, focando no que a pessoa consegue fazer, do que nas habilidades que perdeu (citado por Edvardsson et al, 2008). É importante dar ênfase na potencialidade da pessoa idosa, ou seja, naquilo que ela ainda é capaz de fazer em vez de focar nas necessidades, limitações da doença e declínio da sua funcionalidade. Exemplificamos com um caso que acompanhávamos na ECCI, uma pessoa idosa por agudização da sua doença crónica teve uma hospitalização prolongada, o que potenciou o declínio da sua

funcionalidade assim como aumento da sua fragilidade e vulnerabilidade. Passava o dia deitado no leito (cama não articulada) e era posicionado para as refeições colocando-lhe almofadas nas costas afim de elevar a cabeceira e conseguir comer com ajuda e com maior segurança. A enfermeira orientadora já conhecia previamente esta família antes deste último internamento que veio a agravar a dependência, pelo que sendo detentora do conhecimento do seu projeto de vida e de saúde do Sr. A.M., sabia que este gostava de ir à varanda ouvir os pássaros e ver as flores que tinha num jardim adaptado ao espaço disponível. Assim, foi incentivada a cuidadora familiar a realizar a transferência para a cadeira de rodas e levar o Sr. A.M. até a varanda. Houve necessidade de reajustar o ambiente físico, mudámos o móvel de sítio pois o corredor era estreito e a cadeira de rodas não tinha espaço suficiente para passar. Referiu que sozinha era difícil fazer o levante, pelo que combinamos que poderíamos planear nos dias da visita domiciliária dar apoio no levante, sendo que à tarde os filhos/netos/vizinhos comprometer-se-iam a apoiar o regresso do Sr. A.M. ao leito. Tal como nos transmite o modelo de parceria de Gomes (2013) deve existir um esforço conjunto neste compromisso para atingir os objetivos traçados, assegurando a continuação do projeto de vida e de saúde da pessoa idosa. É de salientar também que estas intervenções não só tinham o benefício psicológico como também físico pela prevenção das consequências da síndrome de imobilidade, como a prevenção de úlceras de pressão (ensino sobre mobilizações/transferência/posicionamentos...).

Outra grande área da enfermagem onde os enfermeiros da comunidade que realizam visitas domiciliárias têm um papel crucial é na gestão contínua da doença crónica, envolvendo um conjunto de cuidados permanentes com o intuito de evitar agudizações das mesmas. Esta abordagem com reforço numa intervenção educativa oferece ao utente e cuidador familiar maior conhecimento sobre a doença e por consequente na identificação de sintomas de agravamento que permitem intervir precocemente (Mussi et al., 2013). É no contexto comunitário que os enfermeiros passam mais tempo com as pessoas no seu ambiente e deste modo têm a oportunidade de observar sinais e sintomas de alerta sendo que muitas vezes são os primeiros a detetar e determinar mudanças no seu estado (Benner, 2005). De facto, e transpondo para a prática de cuidados, observámos várias situações de risco, nomeadamente, a pneumonia de aspiração, muitas vezes podendo ser evitada pela identificação de situações de disfagia e presbifagia ou simplesmente evitadas pelo correto posicionamento durante a ingestão oral de líquidos e/ou sólidos. A revisão da literatura confirma uma expressiva prevalência da disfagia, afetando pessoas em todo

o mundo especialmente em situações de doença neurológica e neurodegenerativa, assim como, aumenta o risco com o avançar da idade e a taxa de incidência não corresponde a valores reais pela ausência de diagnóstico eficaz. Atendendo à elevada taxa de prevalência de disfagia; a sua relação com múltiplos fatores de risco; a sua interação com outras síndromes geriátricas; às complicações que derivam do seu mal diagnóstico, diversos estudos e autores mostram que a disfagia reúne os requisitos para ser considerada um síndrome geriátrico e que requer uma abordagem multifatorial e multidisciplinar (Clavé, Martin, Ortega, 2017). Este contributo da literatura na manifestação da importância da disfagia e após discussão com a equipa, decidimos construir um folheto informativo sobre este tema dirigido à população identificada com esta problemática. Foi escrito com linguagem simples e clara facilitando a compreensão e o acesso fácil à informação (apêndice V).

Outras aprendizagens que absorvemos durante as visitas domiciliárias e que a evidência científica comprova, é que intervenção em CSP, nomeadamente, o acompanhamento em visita domiciliária melhora significativamente a adesão ao tratamento (Mantovani, 2015). Acompanhámos uma pessoa idosa que vivia na casa do filho, cuja nora assumia o papel de cuidadora por se encontrar desempregada. O Sr. A.R. não confiava que fosse a nora a dar-lhe os medicamentos pelo que muitas vezes se recusava a tomar a medicação, ou seja, neste caso foi preciso mais visitas domiciliárias no sentido de trabalhar esta parceria, fortalecer vínculos e estabelecer a confiança que não existia. A não adesão ao regime terapêutico é uma das causas significativas de agudizações, com consequentes reinternamentos hospitalares (Van Der Wal et al., 2005). As nossas competências como parceiros nesta simbiose passam pela adaptação dos contextos onde a pessoa idosa vive, à criação de estratégias específicas de forma a dar resposta às necessidades encontradas, seja de cariz pessoal, familiar e/ou social, importa ser autêntico, promovendo o envolvimento de todos numa cultura de *empowerment*, reconhecendo a pessoa como sujeito ativo no seu projeto de saúde, detentor de capacidades que lhe permitam exercer a sua autonomia (Gomes, 2016; OE, 2009).

No decorrer das visitas domiciliárias é importante ter noção que estamos despidos da proteção da instituição e muitas vezes somos confrontados com situações que nos fogem do controlo, que nos exigem a mobilização de competências de várias áreas, com a qual não esperávamos e temos que dar uma resposta no aqui e no agora. Evidentemente que a experiência pessoal e profissional é a nossa melhor defesa. Houve alguns episódios em que a pessoa idosa ou cuidador familiar



questionavam a prescrição terapêutica ou circunstâncias do diagnóstico de doença, ou mesmo questões que surgiam condicionadas por alterações do quadro clínico (dor não controlada, sintomas de dispneia). São situações que estão fora do âmbito da competência em enfermagem, ética e deontologicamente temos de reconhecer os limites da nossa área de intervenção. Nestes casos, era contactado o médico de referência (médico da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos ou médico de família) e comunicada as alterações. Esta articulação era facilitadora na tomada de decisão com vista à melhoria contínua dos cuidados, mas isto só acontecia pela experiência e conhecimento sobre a individualidade daquela pessoa e família, e claro pela multi e interdisciplinaridade existente na ECCI.

Este estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências comunicacionais, na tomada de decisão, capacidade de compreensão, resolução de problemas, prevenção de complicações e de reflexão sobre as práticas. Igualmente a gestão do risco e garantia da segurança da pessoa idosa foram aprendizagens mobilizadas, refletidas em intervenções como a manutenção de dispositivos de mobilização, organização do espaço físico, compreensão dos riscos associados às quedas, instabilidade na marcha, que se traduziram nos domínios da aprendizagem profissional, da gestão e melhoria da qualidade dos cuidados.

#### **Atividade: Realização de estudo de caso.**

A elaboração de um estudo de caso em contexto de CSP constituiu um instrumento para a nossa aprendizagem, possibilitou o aprofundar de conhecimentos sobre a pessoa idosa e sua família e a melhoria na capacidade de observação e análise. Foi baseado no modelo teórico de parceria de Gomes, tendo sido utilizado um guião para colheita de dados, e aplicação de escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa. Tal como complementam GERMI (2012) e Moraes, et al (2017) a avaliação multidimensional do idoso ou avaliação geriátrica global permite o diagnóstico clínico-funcional (independência e autonomia nas atividades de vida diárias – funcionalidade global) quanto á presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), possibilitando uma resposta mais completa e eficaz na intervenção dos profissionais conduzindo a uma melhor qualidade de vida para o idoso.

### **Atividade: Realização de sessão de formação à ECCI.**

O tema da sessão de formação à ECCI foi “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa colonizada com MRSA em contexto domiciliário” (apêndice IV). Esta sessão surgiu da convergência entre o tema central do nosso trabalho e as necessidades de formação identificadas pela própria equipa, nomeadamente, pouca informação sobre as mais recentes *guidelines* sobre o protocolo de descolonização do doente com MRSA e os cuidados a ter no domicílio com o doente colonizado com MRSA. Foi desmistificada a colonização/infeção de MRSA, protocolo de descolonização, fatores de risco, a sensibilização da equipa para o cumprimento da higienização das mãos e para a utilização de EPI e a prestação de cuidados à pessoa com MRSA no domicílio adaptado ao modelo teórico de parceria de Gomes (trabalho desenvolvido e apresentado com outra colega da especialidade). Foi enriquecedor para ambas as partes, pelo interesse e motivação demonstrado pois permitiu a transmissão de conhecimentos, debate e partilha de experiências. A implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção foi uma preocupação demonstrada pela equipa, nomeadamente, nas medidas *standart*. A higienização das mãos muitas vezes é feita recorrendo ao SABA (solução antisséptica de base alcoólica) (todos os enfermeiros têm o “desinfetante no bolso”, embalagem pequena e portátil que facilita a sua utilização. Outra preocupação passa pela triagem do lixo, utilizam contentores apropriados para o tipo de resíduo produzido de acordo com as normas instituídas pelo despacho nº242-96 de 13 de agosto (DGS, 2009). No entanto, apesar das boas práticas implementadas ainda existe um longo caminho a percorrer e essa foi outra aprendizagem adquirida nas visitas domiciliárias, através da observação e prática de cuidados. Os contextos habitacionais, muitas vezes, dificultam a assepsia nos cuidados, condicionando os procedimentos, portanto o nosso papel é orientar estratégias para minimizar riscos e evitar contaminações/infeções cruzadas.

Mais uma vez este espaço de formação assim como as pequenas reuniões de passagem de turno assumiram uma oportunidade na melhoria da qualidade dos cuidados, tendo-se agido com responsabilidade profissional ao ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área de especialidade que estamos a desenvolver (OE, 2010).

A criatividade e o desafio são uma constante, presente cada vez que saímos para o terreno pela imprevisibilidade dos acontecimentos e a complexidade da relação pessoa idosa - família no seu ambiente!

Cuidar em ambiente domiciliário pressupõe mobilização de conhecimentos técnico-científicos, conjugado com a capacidade de adaptação e características individuais; competências como a colheita de informação, planeamento e execução dentro dos recursos disponíveis, sempre na perspetiva de manutenção do projeto de vida da pessoa idosa, potencializando os seus recursos pessoais e o processo de transição para os diferentes papéis (doente, cuidador, pessoa independente) (Duarte, 2010).

### **3.2 Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar.**

Este estágio em contexto hospitalar decorreu num período contínuo de 500 horas, onde integramos a equipa da UCIMCR pertencente a um centro hospitalar central de Lisboa. A UCIMCR partilha o mesmo espaço físico que a UCAPO, onde os cuidados de enfermagem são assegurados por uma única equipa de enfermeiros que trabalha tanto para o recobro cirúrgico, como para os cuidados intensivos, no entanto, contém duas equipas médicas distintas, sendo a primeira constituída por anestesistas, e a segunda por especialistas de medicina interna ou pneumologistas. A UCIMCR tem a missão de prestar cuidados diferenciados, dando resposta às necessidades de falência de um ou mais órgãos ou sistemas das pessoas, com apoio tecnológico e de cuidados permanentes de médicos e enfermeiros. Recebe doentes em regime de cirurgia programada ou urgência de cirurgia torácica, dá apoio a doentes do foro respiratório com necessidade de ventilação não invasiva/invasiva. Acolhe doentes da sua área de influência bem como de outras instituições de saúde. A unidade é composta por quatro camas das quais duas estão em quarto de isolamento, dispendo de equipamento necessário para a vigilância e realização de técnicas extremamente avançadas, desde terapêutica de suporte com ventilação assistida invasiva e não invasiva a técnicas de substituição renal. Foi neste espaço e com esta equipa, que demos asas a consecução do projeto apoiando o desenvolvimento de competências na implementação de um projeto assim como de carácter pessoal e profissional como futuros enfermeiros especialistas e mestres.

Este subcapítulo apresenta dois quadros que esquematizam os objetivos gerais e específicos, onde são discriminadas as respetivas atividades e aprendizagens

realizadas, a avaliação dos resultados alcançados e uma reflexão sobre as competências adquiridas.

Quadro 3: Objetivo geral 1 e respectivos objetivos específicos (contexto hospitalar).

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na intervenção em parceria com a pessoa idosa na prevenção da pneumonia associada à intubação, que promovam o cuidado de si.	1.1 Aprofundar conhecimentos na área da prevenção da PAI, contextualizando-os com a problemática da pessoa idosa. 1.2 Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na prevenção da PAI, que promovam o cuidado de si.

**Atividades: Reflexão e diagnóstico pessoal de competências; realização de “idas a campo”; participação em congressos sobre a temática.**

De forma a aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno em estudo houve necessidade de compreender e avaliar o nosso nível de aquisição de competências na área do cuidado à pessoa idosa. Assim, foi utilizado o modelo de aquisição de competências de Benner (2001) que se construiu seguindo uma lógica de vários estádios, onde a autoavaliação foi de nível proeficiente. De acordo com a autora, um enfermeiro proeficiente “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados (...) aprende pela experiência e orienta-se diretamente sobre o problema” (2001, p.56). Este modelo defende que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática nos oferece, aliando estes saberes à teoria (conhecimento cognitivo), nunca descuidando o comportamento ético. A nossa aprendizagem experiencial reflete 8 anos de trabalho em vários contextos de cuidados, onde a pessoa idosa foi a maior parte das vezes protagonista, uma vez que tínhamos a preocupação de trabalhar em parceria com as mesmas. Contudo, não detínhamos competências no que concerne aos cuidados prestados em ambiente de cuidados intensivos, pelo que a realização deste trabalho contribui para colmatar essa lacuna no nosso percurso.

No que diz respeito à problemática das IACS, consideramos que existia necessidade de aprofundar conhecimentos, pois não detínhamos competências suficientes que nos permitisse agir da forma mais eficiente. Neste sentido, realizámos diversas “idas a campo”, nomeadamente, ao Grupo Coordenação Local (GCL) -

PPCIRA de duas organizações hospitalares diferentes. Também os eventos científicos que assistimos revelaram uma oportunidade formativa de excelência. O *workshop* “acreditação em controlo de infeção” ou o congresso “*Lisbon antimicrobial resistance and healthcare associated infections 2018 congress: think global. Act local*” contribuíram para a atualização de conhecimentos, motivando o pensamento crítico e reflexivo sobre as melhores e mais atualizadas recomendações em confronto com a prática.

O contacto, a partilha e discussão com outros colegas que são peritos na área e como tal uma referência, contribui para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, através da aquisição de conhecimentos que nos permitem melhor gestão de situações complexas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2010).

Assim e apesar da visão e compreensão global das situações, necessitávamos desenvolver competências para ambicionar vir a atingir o nível de perita na área do cuidado à pessoa idosa, na medida em que “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base, situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema” (Benner, 2001, p.33). Para alcançar este nível de cuidado, foi necessário absorver todas as aprendizagens retiradas da experiência prática, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências nas áreas do enfermeiro especialista. Neste contexto, o processo de reflexão acerca das competências prévias e as que se pretenderam obter constituiu um fator promotor do desenvolvimento na tomada de consciência sobre as práticas, sugerindo uma aprendizagem autónoma ao longo da vida, autodesenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2010).

**Atividade: Orientações tutoriais com a professora e enfermeira(s) orientadora(s).**

Durante a realização do estágio em paralelo com a fase de execução e avaliação do projeto foram realizadas várias reuniões de orientação tutorial com a professora e o(s) enfermeiro(s) orientador(es) da prática clínica. Esta sinergia criada entre todos foi indispensável à nossa evolução enquanto pessoa e profissional, ofereceu o espaço para a partilha de experiências, saberes, dificuldades e expressão de sentimentos. As reuniões potenciaram o espírito crítico sobre o próprio percurso que se estava a desenrolar, e permitiu ajustar hipóteses e a corrigir novas e melhores estratégias a implementar (Ruivo et al., 2010). Considerámos estas reuniões uma

ferramenta fundamental de suporte e promotora de aprendizagens com vista à melhoria da qualidade do exercício profissional. A supervisão clínica permitiu exercer uma prática com mais competência, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Cruz, 2012).

### **Atividades: Revisão da Literatura.**

A pesquisa da literatura foi contínua desde o diagnóstico de situação à avaliação do projeto, disponibilizando a melhor evidência científica. Neste sentido, realizámos uma revisão *scoping* da literatura, com o intuito de identificar e descrever o conhecimento científico mais atual relativamente ao fenómeno em estudo. A revisão pretendeu responder à seguinte questão de investigação, formulada de acordo com a mnemónica PCC (participantes, contexto e conceito) preconizada pela *The Joanna Briggs Institute*, (2015): “quais as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à intubação na pessoa idosa, em contexto de unidade de cuidados intensivos?”. Para dar resposta à questão realizámos uma pesquisa de artigos através do motor de busca *EBSCOhost web* nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHLPlus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Foram utilizadas as palavras-chave: *prevention, nursing care, intubation association pneumonia, elderly*. Recorremos também à consulta de outros artigos científicos de referência na área de prevenção e controlo de infeção, dados de incidência/prevalência, relatórios nacionais e internacionais disponíveis nas plataformas respetivas. Paralelamente realizámos uma pesquisa de instrumentos de avaliação geriátrica que possibilitaram a avaliação multidimensional da pessoa idosa, assim como a compreensão das grandes síndromes geriátricas.

Com todo o cariz adjacente à pesquisa bibliográfica e a capacidade de juízo clínico na análise dos documentos científicos, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências como enfermeira especialista na área do cuidado à pessoa idosa na prevenção da PAI, que fundamentou as intervenções e a tomada de decisão, contribuindo também para o desenvolvimento de competências na equipa. Assim, como a OE (2010) contempla foram mobilizadas competências no domínio da melhoria da qualidade e gestão dos cuidados, baseados num agir profissional, ético e teoricamente sustentado.

**Atividade: Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, tendo como base o modelo conceptual da parceria.**

O trabalho em ambiente de cuidados intensivos era uma realidade desconhecida, pelo que a gradual participação na prestação de cuidados permitiu a aquisição de novos conhecimentos no cuidado ao doente ventilado mecanicamente como à pessoa idosa em situação crítica e sua família, tendo sempre como plano de fundo a pesquisa bibliográfica contínua assim como a experiência profissional prévia. Este contexto enfatizado pelo domínio tecnológico e pelo conhecimento técnico-biológico, é importante tomarmos consciência dele para compreendermos a perceção da realidade experienciada “por uma pessoa idosa em estado crítico, que num determinado momento perde a sua individualidade, o controle sobre si mesma e fica totalmente dependente de profissionais que dela cuidam” (Fernandes & Silva, 2010, p.49). Deste modo, e tendo em conta o referencial que norteia este trabalho e permeia a nossa prática, defendemos que a parceria nos cuidados é a melhor estratégia para dar resposta a toda a privação de autonomia e funcionalidade a que os doentes nos cuidados intensivos são sujeitos. O processo de parceria é promotor do cuidado de Si assumindo como fundamental a necessidade de ver a pessoa idosa com um ser de projeto e de cuidado, um património singular com identidade própria, com os seus direitos e quereres que vai muito mais além que um olhar para a pessoa idosa como um Ser de necessidades (Gomes, 2007; 2013; 2016). A pessoa idosa não tem capacidade de autonomia para cuidar de Si, pelo que nestas situações o enfermeiro assume a responsabilidade dos cuidados que o Outro deveria ter consigo próprio, antecipando complicações e promovendo o conforto e bem-estar (Gomes, 2013). Os “enfermeiros procuram manter o self da pessoa vivo, e não só o seu corpo vivo” (Gomes, 2009, p.212). Por exemplo, aconteceu com o caso da Sra. A.M., uma pessoa idosa hospitalizada num dos quartos de isolamento, em que a equipa sabia o quão era importante a época de natal para ela e para a família (era o primeiro natal em que não ia estar na sua casa a preparar o bacalhau para o toda da família – prática que faziam há vários anos). Este sentimento foi manifestado pela família que queria com os apoios tecnológicos hoje existentes, poder partilhar “mais de perto” esse momento com a Sra. A.M.. A família trouxe um computador e os enfermeiros que iam realizar turno na noite de consoada assumiram o compromisso de ligar o computador à internet de forma a poder realizar uma chamada por *Skype*, onde poderiam ambos partilhar o momento, de forma a aliviar o sofrimento pela sua ausência. Ainda

remetendo para o caso da Sra. A.M., outro episódio que aconteceu anteriormente ao acima descrito, foi durante um turno da manhã, onde estávamos a administrar a terapêutica prescrita e estando perto da época natalícia surgiu, sem intenção, no decorrer dos cuidados falar do natal e de todas as características que lhe estão inerentes (bacalhau, família reunida...). A Sra. A.M. estava sob VMI e não tinha a capacidade de comunicar verbalmente, mas de repente o monitor cardíaco começa a alarmar devido a uma súbita taquicardia. A Sra. A.M. apresentava-se calma, normotensa, apirética... como interpretar este sinal?! Na hora da visita e durante o acolhimento do filho e do esposo tentámos perceber quais eram as dinâmicas natalícias da família, apercebendo-nos que era uma época muito especial para aquela pessoa idosa, e durante muitos anos foi ela quem cozinhou e preparou o jantar. A observação é um instrumento precioso na interação com a pessoa cuidada, porque apesar da pessoa estar sedada, estar ventilada mecanicamente, há situações em que consegue participar nos cuidados através da manifestação de sinais como taquicardia, expressão facial, agitação e tensão muscular (Fernandes & Silva, 2010). Ainda que a participação destes no seu próprio processo de cuidar seja subtil o enfermeiro deve estar desperto e sensibilizado para qualquer alteração, tendo como base os seus conhecimentos, experiência profissional e conhecimento sobre aquela pessoa e o seu projeto de vida.

Analisando outro eixo também contactamos com casos em que a pessoa idosa estava inconsciente, transcrevo um testemunho retirado de um estudo que espelha o sentimento por nós também acompanhado

o idoso não tem a percepção do que o rodeia, do que lhe fazem. Respira porque está ligado ao ventilador. Os seus parâmetros vitais estão estáveis porque se mantém a perfusão de aminas. Nestes momentos questiono qual será o limite aceitável para o sofrimento, se é que esse limite existe. Deveríamos ter um papel mais interventivo nestas decisões (Fernandes & Silva, 2010, p.71).

Ainda no decorrer da análise dos investigadores existe uma ambiguidade entre o possível e o aceitável; entre a vontade e o esforço de manter a pessoa idosa através dos investimentos terapêuticos e por outro muitas vezes estes investimentos são inúteis e dolorosos conduzindo e/ou acentuando o sofrimento. São tomadas de decisão revestidas de uma enorme responsabilidade e dificuldade, com necessidade de serem partilhadas multidisciplinarmente, com integração da família. Há autores que confrontam e descrevem a UCI como um local designado para preservação da vida, focada na procura ininterrupta pela reversibilidade do quadro clínico com recurso a instrumentos cujo dano poderá ser maior que o benefício proposto (Fonseca, Júnior



& Fonseca, 2012), enfatizando a convergência e divergência dos cuidados paliativos com a medicina intensiva e o conflito gerado com dilemas éticos. Fazendo o paralelismo para as nossas atividades, houve uma situação em que tudo isto foi colocado em prática, e nada é linear, recordamos as dificuldades sentidas na tomada de decisão e partilha com todos os intervenientes, a cura ultrapassava as nossas competências pelo que restava adotar atitudes que promovessem o alívio do sofrimento proporcionando o seu maior conforto, envolvimento da família, promovendo visitas mais alargadas e apoio emocional. Ou seja, num ambiente desconhecido, invasivo e controlado ainda que o carácter da imprevisibilidade impere, esta situação em concreto, possibilitou-nos perceber quando o Sr. R.V. iniciou quadro de bradicardia, bradipneia...e assistolia. Todo este processo foi árduo, refugiamo-nos na serenidade e conforto que aquela pessoa idosa aparentava. Este momento foi alvo de partilha e reflexão entre a equipa que estava presente no turno. Porém, nem tudo as máquinas conseguem controlar,

quando os treinos ventilatórios não são bem-sucedidos, aumenta o tempo de dependência do ventilador. Os dias passam e tudo parece igual. Alguns idosos começam a ficar saturados daquela situação (Fernandes & Silva, 2010, p. 78)

Estes autores defendem que na generalidade, a pessoa idosa não tem perceção clara do tratamento da sua doença e do espaço onde está inserida assumindo um comportamento passivo e de conformismo. O enfermeiro e sendo o profissional de saúde que passa mais tempo com a pessoa e conhece melhor o seu doente deve identificar precocemente sinais e sintomas que suscitem alguma mudança de comportamento capaz de agravar a sua condição. É imprescindível estimular e envolver a pessoa idosa nos seus cuidados evitando estados de humor deprimido, indiferença, saturação e menos colaboração no seu processo de recuperação (Fernandes & Silva, 2010). Ainda na perspetiva deste estudo, que tinha como objetivo de conhecer os significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa UCI, afirmaram que todo o cuidado de enfermagem assume um significado, no entanto, quando se trata da pessoa idosa, implica um cuidado mais intenso, um olhar mais atento e diferenciado para as especificidades e particularidades que a caracterizam.

Neste âmbito, a prestação de cuidados à pessoa idosa, assegurando a sua segurança, privacidade e dignidade, permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A intervenção em parceria junto da pessoa idosa e sua família, permitiu o

desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais assentes no pilar do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Quadro 4: Objetivo geral 2 e respetivos objetivos específicos (contexto hospitalar).

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na utilização dos feixes de intervenção para prevenir a pneumonia associada à intubação, reduzindo as suas implicações na pessoa idosa.	2.1 Contribuir para a melhoria da resposta da equipa multidisciplinar na prevenção da PAI, tendo em conta as necessidades identificadas/utilização dos feixes de intervenção; 2.2 Sensibilizar equipa multidisciplinar para as necessidades da pessoa idosa hospitalizada na promoção de um ambiente seguro, tendo por base o modelo conceptual parceria nos cuidados de enfermagem.

**Atividade: Divulgação do projeto e sua pertinência à equipa multidisciplinar.**

A apresentação do projeto teve início nos primeiros dias de estágio, onde foram programadas várias sessões de forma a envolver toda a equipa de enfermagem, sendo que no total participaram a totalidade dos enfermeiros (apêndice IX). A equipa médica por impossibilidade de participação nas sessões, foram envolvidos cada elemento pessoalmente. A exposição foi realizada de forma assertiva e clara, com definição do tempo de estágio, objetivos e metodologia do projeto e o seu contributo para a UCIMCR, valorizando uma cultura de partilha e saberes. Foi importante consciencializar todos da reciprocidade deste trabalho, pois para além de contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais contribuía também para o desenvolvimento de competências na equipa com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Na qualidade de autoras do projeto, pretendemos incentivar a adesão da equipa, com o intuito de influenciar os resultados/cuidados prestados na organização, através da implementação de estratégias de motivação e de liderança (Frederico & Castilho, 2006). Estes investigadores assumem que a capacidade de o gestor ter influência nos resultados depende mais das estratégias de motivação e liderança implementadas do que propriamente no seu peso hierárquico. De facto, na fase do pré-projecto foi realizada uma análise de SWOT (apêndice VI) em que uma das ameaças identificadas foi sermos um elemento estranho à equipa e que isso pudesse

limitar o desenvolvimento e sucesso do projeto, mas na prática isso não foi sentido. A enfermeira orientadora também corroborava da ideia dos autores acima descrita, privilegiando o facto de sermos externos à instituição e que isso seria um uma mais-valia para influenciar a mudança de comportamentos e por estarmos alheios aquela rotina, poderia facilitar a identificação de práticas e hábitos menos corretos ou desnecessários. Fradique & Mendes (2013) defendem a inovação e a criatividade como dimensões importantes no desempenho do profissional, procurando de forma contínua contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Toda esta dinâmica não seria possível sem o recurso à comunicação como instrumento essencial a todo o processo, permitindo e facilitando inter-relações com o utente, a instituição e a equipa (Galvão et al., 2000). Esta atividade contribui para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no que concerne à liderança de pares, comunicação, organização, planeamento e trabalho em equipa (OE, 2010).

#### **Atividade: Diagnóstico das necessidades formativas da equipa multidisciplinar.**

Este projeto beneficiou de uma abordagem multidisciplinar, visto que as diretrizes preconizadas não dependem apenas da intervenção de enfermagem, pelo que contou com a participação de 17 enfermeiros e 5 médicos, tendo um fisioterapeuta recusado participar. Foi elaborado um questionário (apêndice I) e aplicado a todos os intervenientes, com o intuito de realizar um diagnóstico formativo, identificando o *know-how* da equipa e intervir nas necessidades encontradas relativamente à utilização do feixe de intervenções para a prevenção da PAI. O questionário é um instrumento de diagnóstico que envolve uma relação indireta com os sujeitos, onde o “impresso” funciona como mediador, este pode ser aberto ou fechado de acordo com o tipo de variáveis e de comportamentos que se pretende avaliar (Ruivo et al., 2010). Esta ferramenta é também um meio rápido de obter informações, de natureza impessoal e com uma elevada fidelidade (Fortin, 1999). O questionário era composto por sete questões fechadas de escolha múltipla, de forma a certificarmo-nos da sua viabilidade foi efetuado um pré-teste com outra equipa multidisciplinar de cuidados intensivos de outro centro hospitalar. Foi necessário fazer um pequeno ajuste e finalizar o modelo que foi então aplicado no estudo. Esta atividade apenas se iniciou após várias sessões de divulgação do projeto, o que me possibilitou ter toda a equipa unida e envolvida no processo. Os questionários foram entregues pessoalmente aos diversos elementos, com garantia da confidencialidade dos dados, tendo sido obtido o consentimento livre e esclarecido dos mesmos.

Os resultados obtidos dos questionários revelaram que: 66,7% responderam adequadamente à necessidade de rever, reduzir e, se possível parar diariamente a sedação; 95,2% à importância de discutir e avaliar diariamente o desmame ventilatório e/ou extubação; 85,7% a manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ ; 85,7% à realização de higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2% pelo menos 3 vezes por dia; 47,6% à manutenção dos circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes; 99,5% à manutenção da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30cmH<sub>2</sub>O e 76,2% à necessidade de aplicar todo o feixe de intervenções para o sucesso da prevenção da PAI. Os resultados descritos estão graficamente expostos no apêndice II. A análise dos resultados obtidos permitiu identificar a necessidade real de formação nesta área de forma a obtermos cuidados de excelência, com base na melhor evidência. De facto, os estudos mais atuais dão ênfase não ao tratamento, mas á prevenção da PAI, reforçando a necessidade de treinar as equipas dando formação mais específica na área da prevenção e controlo de infeção. Os resultados do questionário foram importantes para fundamentar tomadas de decisão e planeamentos futuros sobre o processo formativo do contexto e a comparação do conhecimento teórico prévio com a prática que estava a ser desenvolvida. O foco não era a quantificação das respostas corretas, mas sim a sensibilização dos colegas para esta temática, aprofundando o contacto com as *bundles* e a reflexão sobre a sua pertinência nos cuidados, suscitando o seu interesse.

#### **Atividade: Observação e auditoria da prática, registos de enfermagem e processo clínico.**

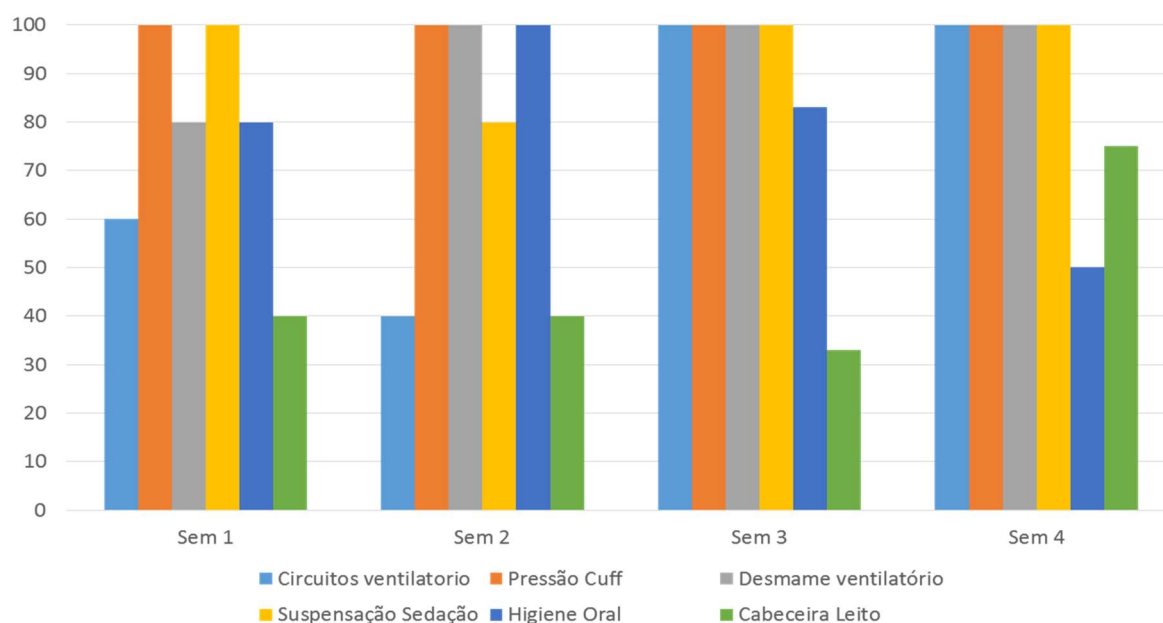
A equipa multidisciplinar tem um papel preponderante na prevenção e controlo de infeção, mediante os cuidados prestados, propusemo-nos avaliar as práticas através de auditorias clínicas. A auditoria à prática de cuidados teve por base uma grelha de avaliação adaptada da DGS (2017) e do centro hospitalar respetivo, tornando-a mais simples e acessível mantendo os itens preconizados no algoritmo clínico (apêndice VIII). Estas auditorias decorreram num período de 4 semanas descontinuadas permitindo absorver nos resultados as diferentes etapas do projeto: execução e avaliação. Foi tido em conta as recomendações do IHI que preconizam 20 observações, como o mínimo aceitável para os projetos de melhoria de cuidados, assim como o realizado pela GCL-PPCIRA do centro hospitalar. A *checklist* de verificação da implementação da *bundle* da PAI é preenchida com “sim” realizado ou “não” realizado relativamente aos seguintes parâmetros: manutenção dos circuitos

ventilatórios substituídos apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes; suspensão diária da sedação (1 vez por dia); verificação da pressão do *cuff*; higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2% (3 vezes por dia); avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório (1 vez por dia) e manter a cabeceira do leito  $\geq 30^\circ$ . Esta foi aplicada apenas em doentes sob ventilação mecânica invasiva.

Para reduzir a taxa de PAI existem estas medidas que estão preconizadas, mas como descrito no enquadramento conceptual existem outras medidas que direta ou indiretamente podem potenciar ou evitar o risco de PAI. Neste sentido, a observação das práticas adotava uma abordagem global, onde era também verificado a higienização das mãos; utilização dos equipamentos de proteção individuais; realização da técnica de aspiração de secreções e da troca dos circuitos ventilatórios.

Com os resultados da auditoria à prática de cuidados foi construído um gráfico que mostra ao longo das 4 semanas, os valores obtidos nas diferentes intervenções preconizadas pelo feixe assinaladas por diferentes cores.

Gráfico 1 – Resultados da observação da prática – aplicação da *bundle* da PAI



Na monitorização dos parâmetros observados, a manutenção da pressão do *cuff* entre os 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O foi a mais realizada obtendo ao longo do período de observação os 100%. Por outro lado, a manutenção da cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$  e a realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% foram os que apresentaram menor taxa de adesão. De facto, a mensuração da pressão do balão do tubo endotraqueal era realizada todos os turnos, existia um cuffómetro (aparelho que mede a pressão do *cuff*) em cada unidade do doente e assim facilitava

a sua verificação. Existiu um caso clínico, que por razões anatómicas do aparelho respiratório, exigia a pressão do *cuff* a 35mmHg, por ser uma pressão superior ao recomendado tinha que ficar bem documentado nos registos de enfermagem.

Relativamente à revisão da sedação e avaliação da possibilidade de desmame ventilatório, em regime de 1 vez por dia, foi demonstraram uma elevada taxa de adesão, sendo que nas duas últimas semanas obtiveram adesão de 100%. Esta diretriz é da total responsabilidade médica, e a norma exige que seja documentada no processo clínico e se por algum motivo não for possível realizar estas intervenções deve ser registado o porquê. As falhas observadas nas primeiras duas semanas foram relacionadas com a falta de registo no processo clínico.

A manutenção da cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitando momentos de posição supina, apresentou baixa taxa de adesão (1ª semana 40%; 2ª semana 40%, 3ª semana 33% e última semana 75%). Todas as camas estavam dotadas de um medidor do ângulo da cabeceira, promovendo rigor na sua verificação. Alguma exceção à regra por motivos clínicos ou má tolerância do doente à elevação da cabeceira ao ângulo recomendado deveria estar documentado nos registos de enfermagem/processo clínico.

A manutenção dos circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes apresentou baixa taxa de adesão nas primeiras duas semanas com um registo de 60% e 40%, respetivamente, tendo nas duas últimas semanas subido para os 100%. Esta subida deve-se à instituição de mudanças na rotina do serviço. As Srs. Auxiliares no turno da manhã, quando preparavam os materiais necessários para a realização dos cuidados de higiene e conforto, preparavam o filtro e o *swivel* (elementos do circuito ventilatório) para que fossem trocados, ou seja, era prática do serviço trocá-los todas as manhãs após os cuidados de higiene. Nos espaços de partilha e discussão com a enfermeira chefe e orientadora assim como restante equipa, procedeu-se à alteração desse comportamento o que veio a refletir-se num aumento da taxa de adesão à *bundle* nas semanas seguintes.

A realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, o que corresponde a 1 vez por turno, apresentou uma taxa de adesão de 80%, 100%, 83,3% e 50%, ao longo das 4 semanas observadas. Sem uniformidade nos valores apresentados, com tendência na última semana para baixar. Esta pode ser explicada pela diferença observada entre os diferentes turnos (manhã ou tarde, não foi realizada auditoria no turno da noite). A rotina ditava que os cuidados de higiene e conforto eram realizados no período da manhã, pelo que a higiene oral

fazendo parte deste procedimento era também realizada. As Srs. Auxiliares preparavam numa seringa com o produto recomendado e deixavam junto dos materiais para os cuidados de higiene, pelo que no turno da manhã a probabilidade de realizar-se a higiene oral como recomendado era muito elevada, o que não acontecia no turno da tarde. Após vários debates com todos os intervenientes, percebemos que a melhor maneira de implementar estas medidas era alterar a rotina do serviço, tendo antecipadamente antes dos “posicionamentos” do turno da tarde e da noite, era preparada a seringa com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% assumindo como um material indispensável para a concretização desse procedimento, o que facilitava a realização da higiene oral.

Proporcionar momentos de reflexão e discussão de situações no seio da equipa, revelou ser uma estratégia eficaz para a aquisição de novos conhecimentos, com reflexo em novas e melhores forma de intervir junto do doente, visando a melhoria dos cuidados prestados na prevenção da PAI, com melhores taxas de adesão ao feixe de intervenções e diminuição de ocorrência de complicações.

Esta atividade permitiu-nos perceber que a mudança nos comportamentos e práticas é um processo dinâmico e contínuo, onde é necessário tempo para que todos os profissionais possam integrar, articular e mobilizar os conhecimentos na prática. A participação ativa e a reflexão conjunta sobre as situações reais foram muito produtivas, com reflexo nos resultados obtidos. Comprova o que na literatura se escreve relativamente a aprendizagem dos adultos, que estes esperam mais do que uma transmissão passiva de conhecimentos, querem uma formação prática (Knowles et al, 2009). Dinamizámos espaços formativos na equipa multidisciplinar em contexto de trabalho, adotando uma abordagem dinâmica e estimuladora da participação de todos. Nós detínhamos a teoria mais atualizada e recomendada, mas é importante nunca descuidar quem está na prática, e conquistar esta harmonia entre os “dois mundos” é o desafio de todos os dias. Tal como Inácio (2007) defende os adultos adquirem mais eficazmente o conhecimento quando veem a sua aplicabilidade na prática.

O feixe de intervenções para a prevenção da PAI declara que a intervenção manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$  e a realização de higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, deve ser documentada no processo clínico. Esta condição exigiu a observação dos registos de enfermagem para a validação efetiva do feixe na sua íntegra. Os registos de enfermagem espelham as intervenções do enfermeiro e respetivos resultados,

contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados assim como para a sua visibilidade (Martins, et al, 2008; OE, 2012). Os registos de enfermagem são informatizados, numa plataforma que permite a sua uniformização, otimização do tempo, melhor organização do trabalho e legibilidade. A utilização de uma linguagem padronizada viabiliza a produção de indicadores de resultado e a utilização de intervenções de enfermagem que permitem a produção de indicadores de processo (Silva, 2006).

Ao efetuarmos esta auditoria aos registos de enfermagem pretendíamos compreender se estava a ser documentado como preconizado na norma e de que maneira. De facto, o programa informático contemplava estes itens na avaliação do doente. No entanto, durante o processo de análise constatámos a ausência de registos uniformizados para assegurar a comunicação segura e que estes não refletiam os cuidados prestados ao doente. Neste sentido, e discutindo estes resultados com a equipa houve uma consciencialização da importância dos registos de enfermagem, na segurança dos doentes, reconhecendo a necessidade de os registos fornecerem indicadores que apoiam a reflexão sobre as práticas promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados. Percebemos também, com a equipa, que a forma de registo poderia ser melhorada, pois era potenciadora de uma atitude muitas vezes ausente de raciocínio clínico e pensamento crítico que conduzia a intervenções de enfermagem automáticas e repetitivas. Assim, ficou acordado com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora a realização de uma reunião com o grupo de parametrização do sistema informático, no sentido de o tornar mais apto para dar resposta à prestação de cuidados de saúde cada vez mais complexos e exigentes.

O desenvolvimento destas atividades permitiu a aquisição de competências específicas de enfermeiro mestre ao gerar processos de inovação das práticas de cuidados, questionamento das mesmas e desenvolvimento de práticas investigativas. Como enfermeiro especialista em diferentes domínios, nomeadamente nas aprendizagens profissionais inerentes à dinamização do projeto, análise e discussão das práticas, na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados na prevenção da PAI. Tivemos também a oportunidade de desenvolver competências de gestão e liderança, na orientação e supervisão das práticas da equipa multidisciplinar, na promoção de um ambiente seguro.



**Atividade: Realização de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar.**

Esta atividade surgiu no âmbito da identificação de uma oportunidade de melhoria, onde se contribui para o desenvolvimento profissional da equipa e para contemplar a divulgação dos resultados do projeto (apêndice X). Foram realizadas várias sessões afim de acoplar o maior número de profissionais, onde foram debatidos os temas centrais deste trabalho, a parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa para promover o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro e a prevenção da PAI. Tivemos um papel dinamizador no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, pela investigação e partilha de conhecimentos científicos, promovendo práticas baseadas na melhor evidência (OE, 2010). Foram também mobilizadas competências no domínio da gestão dos cuidados, pela otimização da resposta da equipa promovendo a segurança do utente (OE, 2010). Por outro lado, no domínio das aprendizagens profissionais, demonstrámos “suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento (...), responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade [e]. atuar como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2010, p.10).

## CONCLUSÃO

As práticas investigativas são os bastidores da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes, que se estendem a todas as áreas da Enfermagem. Nos dias de hoje, mergulhamos numa cultura em que a prática está baseada na melhor evidência, o que exige que os enfermeiros sejam agentes dinâmicos no seu próprio processo de aprendizagem contribuindo para uma melhoria na qualidade dos cuidados. Os constantes desafios e a descoberta de novas e melhores formas de intervir, exige que os enfermeiros tenham a obrigação profissional para com a sociedade de que os cuidados prestados sejam constantemente analisados, investigados e validados (OE, 2010). A enfermagem procura a excelência do exercício profissional tanto na vertente da prestação de cuidados, como na gestão e formação dos profissionais.

As sociedades atuais são caracterizadas pelo aumento da população idosa, com todos os fatores que lhe estão inerentes, pelo que uma abordagem orientada para a cura não permite satisfazer as reais necessidades da pessoa idosa. É imperativo dar lugar ao cuidado centrado na procura de recuperar a máxima autonomia e funcionalidade da pessoa idosa, garantindo cuidados individualizados, humanizados e especializados promovendo uma maior qualidade de vida.

Neste projeto sensibilizaram-se os profissionais de saúde a melhorarem as suas práticas no sentido da implementação sistemática de todo o feixe e enfatizou-se a importância da multidisciplinaridade para o sucesso dos resultados. A avaliação dos indicadores de processo revelou a existência prévia de competências nesta área, no entanto, isso não se refletiu em 100% de adesão às diretrizes preconizadas. Todavia a tendência foi positiva na taxa de adesão ao feixe, o que nos levou a concluir que houve mudanças no serviço através das boas práticas observadas, refletindo uma equipa multidisciplinar, agora mais capaz de dar resposta às necessidades da pessoa ventilada na prevenção da PAI.

Relativamente aos cuidados prestados à pessoa idosa e tendo em conta a experiência pessoal, a realização deste estágio e a implementação deste projeto, refletimos acerca do conhecimento e formação existente na área da Enfermagem em geriatria e gerontologia, pelo que é legítimo reclamar a existência de valências/profissionais especializados nesta área, quer nos serviços de internamento quer da comunidade que permitam otimizar o acompanhamento da pessoa idosa de forma individualizada e diferenciada como existem noutras faixas etárias em Portugal.

Como fase final e muito importante para assegurar o conhecimento externo do projeto enfatizando a sua pertinência e o caminho percorrido para resolver o problema identificado, foi a divulgação dos resultados. No final do estágio os resultados foram divulgados à equipa multidisciplinar participante. Tivemos oportunidade de apresentar o projeto na forma de comunicação oral no “V Congresso dos Enfermeiros” realizado de 27-29 abril de 2018 (apêndice VII) e está agendada uma nova comunicação oral na “15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem” para 26-28 de junho de 2019. E também será da nossa intenção publicar numa revista científica um artigo sobre os fatores de risco da PAI com dados colhidos durante o estágio em articulação com a Unidade de Desenvolvimento em Investigação em Enfermagem (UI&DE).

Como limitação deste projeto evidenciámos a duração do estágio como dificultador na gestão do tempo, nomeadamente, na execução e avaliação do mesmo. Um projeto de mudança da prática de cuidados exige tempo para integrar o autor no contexto do estudo e tempo para que a equipa consiga adquirir novos conhecimentos, os articule e mobilize nos cuidados. Ou seja, considerámos que seria necessário mais tempo para dar continuidade à nossa intervenção, especialmente, na fase de avaliação dos resultados.

Sugerimos a manutenção da formação em contexto de trabalho; a monitorização da taxa de incidência de PAI (indicador de resultados) e a realização periódica de processos de auditoria ou supervisão à prática de cuidados assim como aos registos de enfermagem, de forma a responsabilizar os enfermeiros pelas suas ações, identificando as áreas que merecem formações complementares. A mudança das práticas através da investigação e implementação de projetos desta natureza são fundamentais, e neste sentido, a colaboração com a UI&DE representa a possibilidade de continuação deste tipo de trabalhos.

A implementação deste projeto permitiu-nos adquirir aprendizagens no conhecimento da pessoa idosa como um ser único através do cuidado em parceria. Proporcionou-nos também condições para a formação e reflexão sobre a prática, mobilização de estratégias comunicacionais, motivacionais e de liderança.

Chegámos ao fim desta etapa, sem dúvida vivida intensamente, no qual consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos. É fundamental continuar a problematizar as situações e questionar as nossas práticas visando sempre a excelência do cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., J., Perelman, J., Lobão, M., J., Sousa, P. (2016). Infecções associadas a cuidados de saúde. Contributo da Indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo. Acedido em 2/12/2018. Disponível em: <http://www.stopinfecaohospitalar.com/index.php/noticias/23-relatorio-do-projeto-infecoes-associadas-a-cuidados-de-saude-contributo-da-industria-de-meios-de-diagnostico-in-vitro-para-o-seu-control>
- American Thoracic Society Documents (2005) - Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. American Journal of respiratory and Critical Care Medicine. New York. DOI: 10.1164. Vol.171, nº4. (Fevereiro 2005). p. 391-411.
- Augustyn, B. (2007). Ventilator-Associated Pneumonia: Risk Factors and Prevention. Critical care Nurse. America. ISSN: 1940-8250. Vol.27, nº4. (Fevereiro 2005). pp. 32-39.
- Alexiou, V. G., Ierodiakonou, V., Dimopoulos, G., & Falagas, M. E. (2009). Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Critical Care, Vol. 24, pp. 515–522. <https://doi.org/10.1016/j.icrc.2008.09.003>
- Aloush, Sami (2017) – Nursing students’ knowledge about ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: Effectiveness of a teaching program. American Journal of Infection Control. America. Nº45 (2017) p.544-546
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. Journal of Aging and Innovation, 2(4), 20-26.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora. Coimbra. (2001).
- Beraldo, C. C. (2008). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: uma revisão sistemática. Ribeirão Preto.
- Blanquer, J., Aspa, J., Anzueto, A., Ferrer, M., Gallego, M., Rajas, O., ... Torres, A. (2011). Normativa SEPAR: neumonía nosocomial. Archivos de Bronconeumología, 47(10), 510–520. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2011.05.013>
- Castro, L. B. & Ricardo, M. M. C. (2002). Gerir o trabalho de projeto: Guia para a flexibilização e revisão curriculares. 7ª Edição. Lisboa: Texto Editora.
- Cawley, M.J., C. (2011). Mechanical ventilation: Introduction for the pharmacy practitioner. *Journal of Pharmacy Practice*, Vol. 24, pp. 7–16.

<https://doi.org/10.1177/0897190010388145>

- Centers for Disease Control and Prevention (2004). Guidelines for Preventing Health-Care--Associated Pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Acedido em: 10/10/2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- Chan, E. Y., Ruest, A., Meade, M. O., & Cook, D. J. (2007). Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, Vol. 334, pp. 889–893. <https://doi.org/10.1136/bmj.39136.528160.BE>
- Coffin, S. E. et al (2008). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: shea practice precommendation. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Chicago. DOI 10.1086/591062. Vol. 29 (Outubro de 2008). p. 31-40.
- Collière, M. F. (1999). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições
- Collière, M. (2003). Cuidar...A primeira arte da vida. Loures: Lusociência;
- Correia, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol. 13, nº2. (1999). p. 30-36.
- Coutinho, C. P. (2015). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almeida, SA.
- Cruz, 2012 - Cruz, S. – Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Doutoramento.
- Decreto-lei nº 2757/17 . D.R II Série. 66 (17-04-03) 6153-6154.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. D.R. II Série. 28 (15-02-10). 3882-(2)-3882-(10). Acedido 22/04/2017 Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direção-Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho 2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2013). Prevalência da Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas. Acedido em 10.01.2019. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). "Feixe de intervenção" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: DGS
- Direção Geral da Saúde (2019). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos 2018 - Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa. Acedido em: 31/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=35355>
- Drakulovic, M.B., Torres, A., Bauer, T.T., Nicolas, J.M., Nogue, S., Ferrer, M. (1999). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *Lancet*; 354: 1851–1858
- Froes, F., Paiva, J. A., Amaro, P., Baptista, J. P., Brum, G., Bento, H., ... Carmo, G. do. (2007, May). Documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial. Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos / Portuguese Society of Pulmonology and Intensive Care Society, 220 presente documento é simultaneamente publicado na Revist. Revista Portuguesa de Pneumologia, 13(3), 419–486. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30360-3)
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2008). Swedish language Person-centred Climate Questionnaire patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 302–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04709.x>
- Esteves, A. (1998). Metodologias qualitativas para as Ciências Sociais. Porto, Instituto de Sociologia.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). Regulamento de Mestrado: ESEL. 2013.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2017). Regulamento de Mestrado. Lisboa. Acedido 12/02/2019. Disponível em: [http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg\\_mest\\_02\\_2014.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf)
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). Annual Epidemiological Report for 2016 Healthcare-associated infections in intensive care units. Acedido em 02/03/2014. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/infections-acquired-intensive-care-units/surveillance-and-disease-data>
- Fernandes, M.J.C. & Silva, A.L. (2010). Significados do cuidado de Enfermagem à

- pessoa idosa. In A.L., Silva & L.H.T., Gonçalves (Org.). Cuidado à pessoa idosa estudos no contexto luso-brasileiro (p. 49-109). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Fernandes, M. J. S. R. S. (2013). Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo de Intervenção em Enfermagem. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.3-37). Loures: Lusociência;
- Fortin, M. (1999). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação, Loures: Lusodidata;
- Fradique, M & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência III (10 , 45-53.
- Gali, B., & Goyal, D. G. (2003, May). Positive pressure mechanical ventilation. Emergency Medicine Clinics of North America, Vol. 21, pp. 453–473. [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(03\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(03)00006-3)
- Galvao, C. et al (2000). Liderança e comunicação: estratégias para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto 8(5), 34-43.
- Gil, A. (1995). Como elaborar projetos de pesquisa, 3ª edição, editor Atlas, São Paulo
- Girard, T. D., Kress, J. P., Fuchs, B. D., Thomason, J. W., Schweickert, W. D., Pun, B. T., ... Ely, E. W. (2008). Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. The Lancet, 371(9607), 126–134. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60105-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60105-1)
- Gomes, I. (2009). Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Idoso no Domicílio. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Grap, M. J., Munro, C. L., Unoki, T., Hamilton, V. A., & Ward, K. R. (2012). Ventilator-associated Pneumonia: The Potential Critical Role of Emergency Medicine in

- Prevention. *The Journal of Emergency Medicine*, 42(3), 353–362.  
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.05.042>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8
- Holzapfel, L., Chastang, C., Demingeon, G., Bohe, J., Piralla, B., & Coupry, A. (1999). A randomized study assessing the systematic search for maxillary sinusitis in nasotracheally mechanically ventilated patients. Influence of nosocomial maxillary sinusitis on the occurrence of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159(3), 695–701.  
<https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.3.9712076>
- Hsieh, H.-Y. & TUIE, P. (2006). Prevention of Ventilator-associated Pneumonia: What Nurses Can Do. *Dimensions of Critical Care Nursing*. America. Vol. 25, nº5. (Setembro-Outubro 2006) p. 205- 208.
- Hyrkas, K et al (2001). Teacher candidates reflective teaching and learning in a hospital settings changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of Advanced Nursing*. DOI 10.1046. Vol. 33, nº4. (Fevereiro 2001). p. 503-511.
- Hunter, J. D. (2012). Ventilator associated pneumonia. *BMJ*, 344(may29 1), e3325–e3325. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3325>
- Inácio, M. (2007). Manual do Formando “O Processo de Aprendizagem”. Disponível em: <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=55606&img=324>.
- Institute for Healthcare Improvement. (2008). *Prevenindo a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica*.
- Kalanuria, A. A., Zai, W., & Mirski, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the ICU. *Critical Care*, (18), 1–8.
- Keeley, L. (2007). Reducing the risk of ventilator-acquired pneumonia through head of bed elevation. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 287–294.  
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00247.x>
- Klompas, M., Speck, K., Howell, M. D., Greene, L. R., & Berenholtz, S. M. (2014). Reappraisal of Routine Oral Care With Chlorhexidine Gluconate for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 751.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.359>
- Knowles, M. et al (2009). *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Lito, L. M. (2010). *Epidemiologia da Infecção Hospitalar*. Cadernos de Saúde. 3



- (Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde). 25-31;
- Mantovani, V. et al (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paulista Enfermagem*, 28(1), 41-47.
- Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RH, et al. (2013) Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies. *Lancet Infect Dis*, 13(8):665–67.
- Micek, S. T., & Skrupky, L. P. (2010). Current Concepts in the Prevention and Treatment of Ventilator-Associated Pneumonia. *Journal of Pharmacy Practice*, 23(1), 25–32. <https://doi.org/10.1177/0897190009356553>
- Mietto, Cristina (2013) – Ventilator Associated Pneumonia Evolving Definitions and Preventive Strategies. *Respiratory Care*. America. Vol. 5, Nº (Junho 2013) p.990 – 1007.
- Moraes, E., N., Marino, M., C., A., Santos, R., R. (2017). Principais Síndromes Geriátricas. *Med Minas Gerais*, 20(1) 54-66. Acedido em: 10/01/2019.  
Disponível: <http://pt.slideshare.net/carlosbrasilpsf/sndromes-geritricas-artigo-de-reviso>
- Muscudere, J., Dodek, P., Keenan, S., Fowler, R., Cook, D., & Heyland, D. (2008). Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: Prevention. *Journal of Critical Care*, 23(1), 126–137. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.11.014>
- Muscudere, J., Rewa, O., Mckechnie, K., Jiang, X., Laporta, D., & Heyland, D. K. (2011). Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia: A systematic review and meta-analysis\*. *Critical Care Medicine*, 39(8), 1985–1991. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318218a4d9>
- Mussi, C. (2013). Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol 21(9), 3-9.
- Nseir, S., Zerimech, F., Fournier, C., Lubret, R., Ramon, P., Durocher, A., & Balduyck, M. (2011). Continuous Control of Tracheal Cuff Pressure and Microaspiration of Gastric Contents in Critically Ill Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184(9), 1041–1047. <https://doi.org/10.1164/rccm.201104-0630OC>
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna – GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido a 10/11/2014. Disponível em

[http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuos.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. DR, II Série, nº35 (18-2- 2011) 8648-8653.

Parisi, Maria (2017) – Use of ventilator bundle and staff education to decrease ventilator associated pneumonia in intensive care patients. American Association of Critical-Care Nurses. América . Vol., 36 Nº 5 (Outubro 2016) p.1-7

Partis, M. (2009). Reflecting on a relationship centred approach to care. Journal of Community Nursing, 23.

Pereira, E. & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário. Texto & Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 16(3), 408-416.

Pina, E., Silva, G. & Ferreira, E. (2011). Inquérito de Prevalência de Infeção 2010. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.

Portugal. Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: DGS.

Portugal. Direção Geral da Saúde (2016). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Núcleos– 2015- PPCIRA. Lisboa: DGS.

Rello, J., Soñora, R., Jubert, P., Artigas, A., Rué, M., & Vallés, J. (1996). Pneumonia in intubated patients: role of respiratory airway care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 154(1), 111–115. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.154.1.8680665>

Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds T, et al. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5): 243-

248.

- Ruivo, M. et al (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. (A. Freitas, Ed.). Percursos. Setúbal. ISSN 1646-5067. Vol. 15. (Janeiro-Março 2010). Acedido a 28/04/2017. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1–38.
- Salord, F., Gaussorgues, P., Marti-Flich, J., Sirodot, M., Allimant, C., Lyonnet, D., & Robert, D. (1990). Nosocomial maxillary sinusitis during mechanical ventilation: a prospective comparison of orotracheal versus the nasotracheal route for intubation. *Intensive Care Medicine*, 16(6), 390–393. <https://doi.org/10.1007/BF01735177>
- Shi, Z., Xie, H., Wang, P., Wu, Y., Chen, E., Ng, L., ... Needleman, I. (2010). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator associated pneumonia. In Z. Shi (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367>
- Silva, A. (2006). O ruído na UCIMG. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. Vol. XIX, nº1, 29-35.
- Silva, Rosemeri Maurici (2011) – Pneumonia Associada à ventilação mecânica: factores de risco. *Revista Brasileira Clínica Médica*. São Paulo. Vol.9, Nº1(Janeiro 2011) p.5-10
- Sousa, A. S., Ferrito, C., & Paiva, J. A. (2018). Intubation-associated pneumonia: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.003>
- Strøm, T., Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475–480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62072-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62072-9)
- Strandring, D. & Oddie, D. (2011). Prevention of ventilator associated pneumonia. *British Journal of Cardiac Nursing*. Vol. 6, nº6. (Junho de 2011). p. 286-291.
- Tantipong, H., Morkhareonpong, C., Jaiyindee, S., & Thamlikitkul, V. (2008). Randomized Controlled Trial and Meta-analysis of Oral Decontamination with 2% Chlorhexidine Solution for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, Vol. 29, pp. 131–136. <https://doi.org/10.1086/526438>
- Valencia, M., Ferrer, M., Farre, R., Navajas, D., Badia, J. R., Nicolas, J. M., & Torres,

- A. (2007). Automatic control of tracheal tube cuff pressure in ventilated patients in semirecumbent position: A randomized trial\*. *Critical Care Medicine*, 35(6), 1543–1549. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000266686.95843.7D>
- Van Der Wal, M. et al (2005). Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail*, 7(1), 5-17.
- Van NieuwenhovenCA,Vandenbroucke-GraulsC,vanTielFH, et al. (2006). Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *Crit Care Med*; 34: 396–402

## **ANEXO I**

Gráfico 2 – Evolução da Densidade de Incidência de PAI e o número de episódios de PAI nas unidades de cuidados intensivos monitorizadas entre 2013 e 2017.

Gráfico 2 – Evolução da Densidade de Incidência de PAI e o número de episódios de PAI nas unidades de cuidados intensivos monitorizadas entre 2013 e 2017.



Fonte: Infecções e Resistências aos Antimicrobianos 2018 - Relatório Anual do Programa Prioritário (DGS, 2019).

## **Apêndice I**

Questionário aplicado à equipa multidisciplinar da unidade de cuidados intensivos.

## Questionário

Este questionário insere-se no projeto intitulado de *“Prevenção da pneumonia associada à intubação na Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si”*, no âmbito do estágio do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, a desenvolver na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica Respiratória do Hospital Pulido Valente sob a orientação da professora Doutora Idalina Gomes e orientação na prática clínica da Senhora enfermeira especialista Odete Mendes e Senhora enfermeira Ana Cunha.

Os objetivos gerais para este projeto são:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na intervenção em parceria com a pessoa idosa na prevenção da pneumonia associada à intubação, que promovam o cuidado de si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na utilização dos feixes de intervenção para prevenir a pneumonia associada à intubação, reduzindo as suas implicações na pessoa idosa.

Neste sentido, peço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, com vista a realizar um diagnóstico das necessidades formativas da equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção da pneumonia associada à intubação – implementação dos feixes de intervenção.

Comprometo-me a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, em regime de anonimato dos inquiridos.

Enf.<sup>a</sup> Dilians Mateus



## Parte I – Dados Sociodemográficos

- Categoria Profissional:

Médico	Especialista	
	Interno	
Enfermeiro	Enfermeiro	
	Enfermeiro Especialista	
Outra	Especifique:	

- Tempo de exercício profissional:

Menos de 5 anos	
De 5 a 10 anos	
De 10 a 15 anos	
De 15 a 20 anos	
Mais de 20 anos	

## Parte II – Questionário

Coloque um círculo na resposta que considera **mais** correta

- 1. Na prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), quanto á sedação deve-se:**
  - a) Rever, reduzir e, se possível parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
  - b) Rever a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
  - c) Sem evidência científica para a prevenção da PAI;
  - d) Nenhuma das anteriores.

**2. Na prevenção da pneumonia associada à intubação, quanto ao desmame ventilatório deve-se:**

- a) Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, registrando no processo clínico;
- b) Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registrando no processo clínico;
- c) Sem evidência científica para a prevenção da PAI;
- d) Nenhuma das anteriores.

**3. Na prevenção da pneumonia associada à intubação deve-se:**

- a) Evitar momentos de posição supina mantendo a cabeceira do leito com um ângulo  $\geq$  que  $30^\circ$ ;
- b) Manter a cabeceira do leito com um ângulo  $> 30^\circ$  e  $< 45^\circ$ ;
- c) Realizar auditoria ao cumprimento da medida acima referida, pelo menos de dois em dois dias e registrar no processo clínico;
- d) Nenhuma das anteriores.

**4. Na prevenção da pneumonia associada à intubação, a higiene oral deve ser realizada:**

- a) Cloridrato de Benzidamina a 0,2% se a idade for  $>$  a dois meses, pelo menos três vezes por dia;
- b) Gluconato de cloro-hexidina a 0,2% se a idade for  $>$  a dois meses, pelo menos três vezes por dia;
- c) Gluconato de cloro-hexidina a 2%, se a idade for  $>$  a dois meses pelo menos três vezes por dia.
- d) Nenhuma das anteriores.

**5. Na prevenção da pneumonia associada à intubação, os circuitos ventilatórios devem ser substituídos:**

- a) Semanalmente para evitar infecções associadas aos cuidados de saúde;
- b) Apenas quando visivelmente sujos;
- c) Apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- d) Nenhuma das anteriores.

**6. Na prevenção da pneumonia associada à intubação, a pressão do balão do tubo endotraqueal deve ser mantida entre:**

- a) 25 – 30 cmH<sub>2</sub>O;
- b) 25 – 35 cmH<sub>2</sub> O;
- c) 15 – 30 cmH<sub>2</sub>O.
- d) Nenhuma das anteriores.

**7. Para haver redução na incidência de pneumonia associada à intubação, os feixes de intervenção respectivos devem ser implementados:**

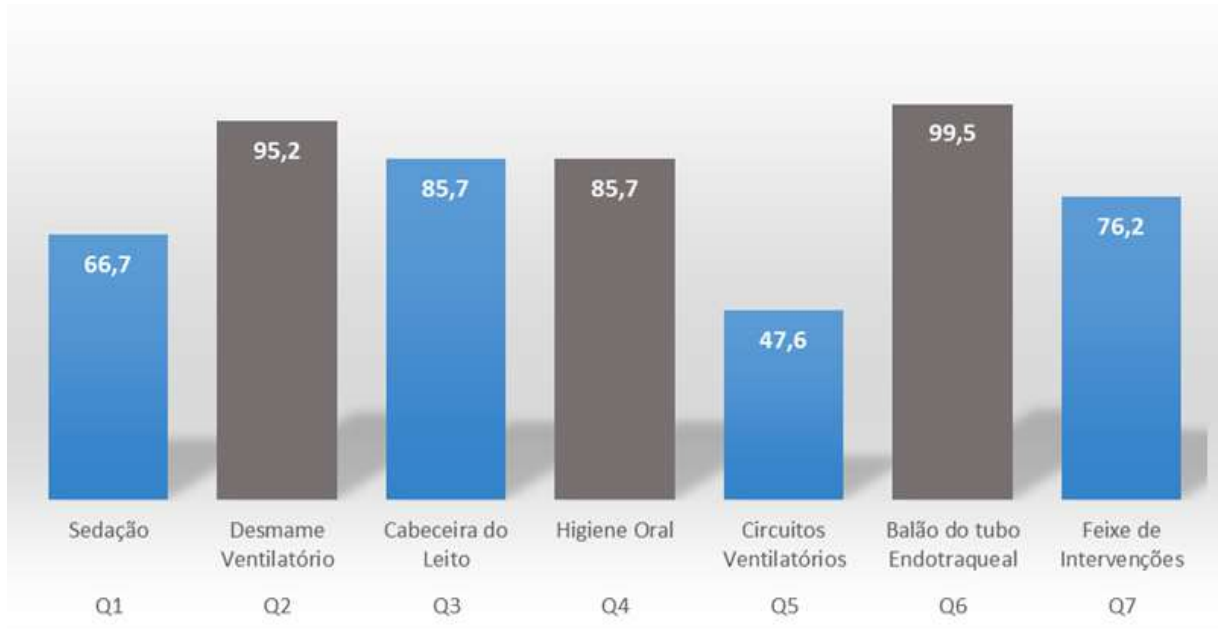
- a) Todos os feixes em conjunto;
- b) Mais de 50% dos feixes;
- c) Pelo menos 90% dos feixes;
- d) Nenhuma das anteriores.

Muito obrigada pela sua colaboração!

## **Apêndice II**

Gráfico 3 – Resultados do questionário aplicado à equipa multidisciplinar

Gráfico 3 – Resultados do questionário aplicado à equipa multidisciplinar



## **Apêndice III**

Consentimento informado aos participantes do projeto.

**Consentimento Informado aos participantes no projeto denominado:**

**Prevenção da pneumonia associada à intubação na Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si.**

**Consentimento Informado aos participantes no projeto denominado: Prevenção da pneumonia associada à intubação na Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si.**

Exmo. (a). Sr. (a) está a ser convidado a colaborar num projeto para melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente, na redução da pneumonia associada à intubação, em desenvolvimento na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica Respiratória. A sua colaboração envolve a realização de um questionário para identificarmos as necessidades formativas, os seus cuidados serão alvo de observação e avaliação e os registos escritos analisados.

A informação recolhida através dos instrumentos aplicados (respostas) será tratada de forma confidencial. Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento.

Lisboa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador

---

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo, tendo sido esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido projeto. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste trabalho.

Lisboa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

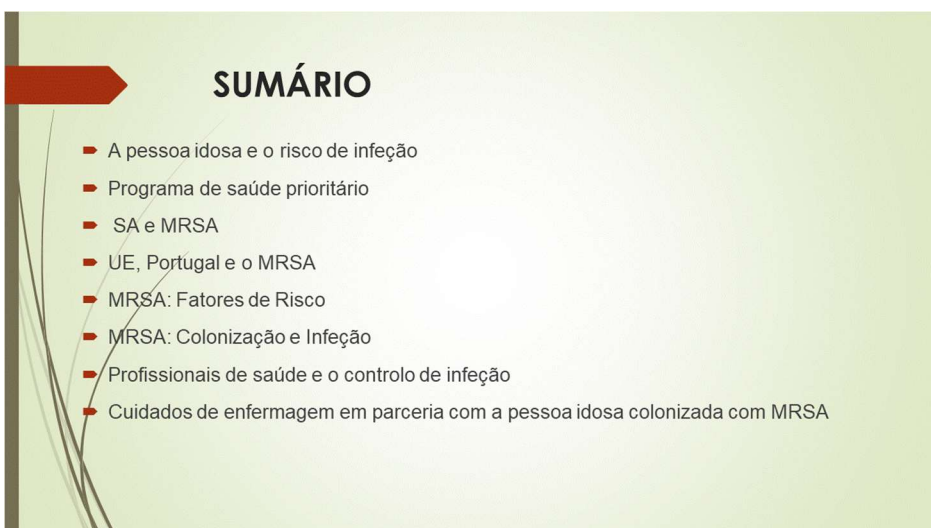
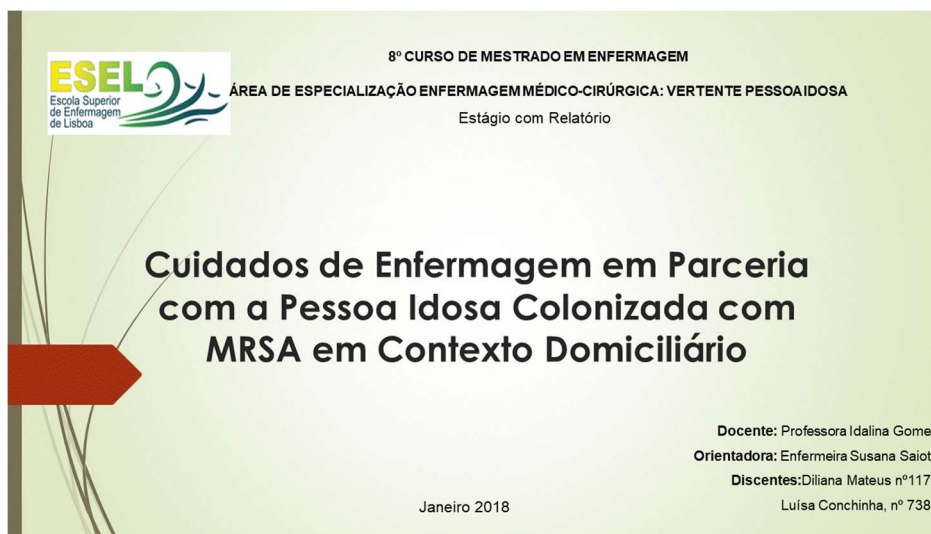
---

## **APÊNDICE IV**

Apresentação na ECCI – Cuidados de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa Colonizada com MRSA em Contexto Domiciliário.



Apresentação na ECCI – Cuidados de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa Colonizada com MRSA em Contexto Domiciliário.



## A PESSOA IDOSA E O RISCO DE INFEÇÃO

“A **saúde** (física e/ou mental) é seguramente uma das preocupações das pessoas mais velhas”

(Paúl e Ribeiro, 2012, p.14)

A **Senescência** celular leva a uma diminuição da imunidade.

“A **fragilidade** é a suscetibilidade à doença resulta do declínio funcional.”

(Paúl e Ribeiro, 2012, p.25)

“As pessoas têm capacidades muito variadas de resistir às infecções, e isso depende de muitos fatores, que incluem a **idade**, o estado geral, o estado de **nutrição**,...”

(Wilson, 2003, p.92)

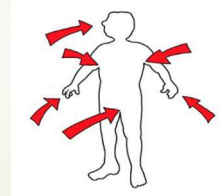
## STAPHYLOCOCCUS AUREUS (SA)

O SA é uma bactéria gram-positiva comensal, coloniza a pele em cerca de 30% em humanos saudáveis. Contudo, este é um microrganismo oportunista que pode provocar graves infecções.

European Centre for Disease Control and Prevention  
Annual Report of the European Antimicrobial  
Resistance Surveillance Network, 2011

Os locais de colonização são as narinas (reservatório primário), faringe, axilas, região inguinal, vagina, e/ou superfícies cutâneas lesadas.

Wilson, J. Controlo de infeção na prática clínica, 2003



NHC, Conselhos para pessoas não hospitalizadas afectadas por MRSA, 2008

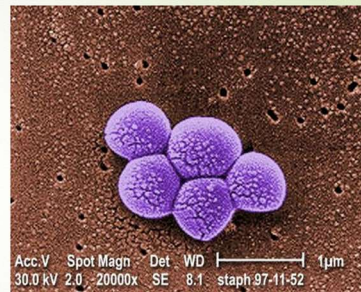
## STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA)

O SA tem uma grande capacidade de se adaptar à presença dos antibióticos no seu ambiente, desenvolvendo resistências com grande facilidade.

As primeiras estirpes de MRSA foram identificadas em 1961, pouco tempo após a introdução da meticilina.

DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, 2015

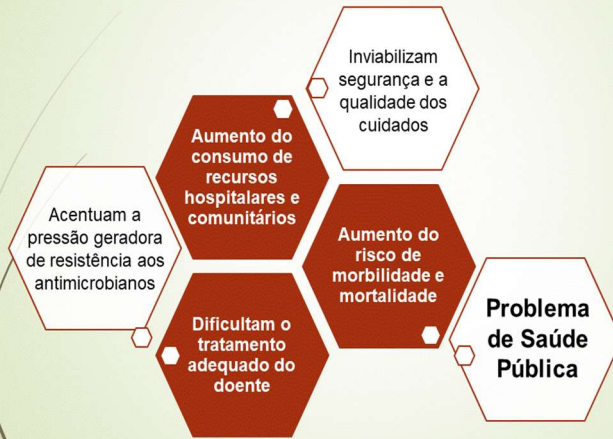
Wilson, J. Controlo de infeção na prática clínica, 2003



Acc.V Spot Magn Det WD |-----| 1µm  
30.0 kV 2.0 - 20000x SE 8.1 staph 97-11-52

www.cdc.gov/mrsa/index.html

## INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)



DGS, 2017

## PROGRAMA DE SAÚDE PRIORITÁRIO

GOVERNO DE PORTUGAL  
SECRETARIA DE ESTADO ADJUNTA DO MINISTRO DA SAÚDE

Despacho n.º \_\_\_\_/2013

Considerando que, existe evidência que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, que a nossa prática de prescrição antibiótica apresenta distorções passíveis de correção, que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante, e a percepção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados e têm de ser abordados de forma global e integrada, foi determinada a criação do programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, sendo assim objecto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

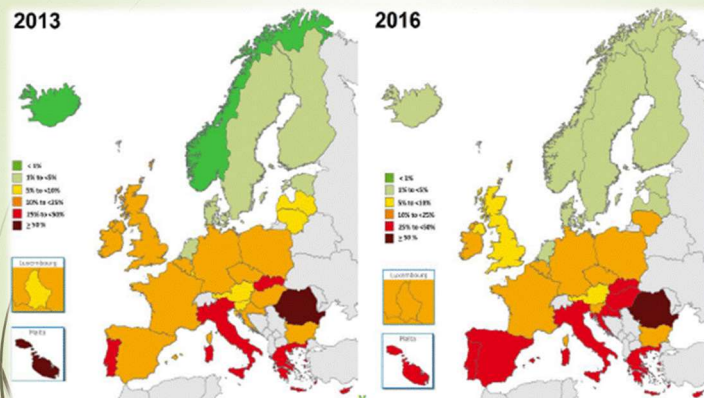
Os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

Programa de saúde prioritário

Diário da República, 2013

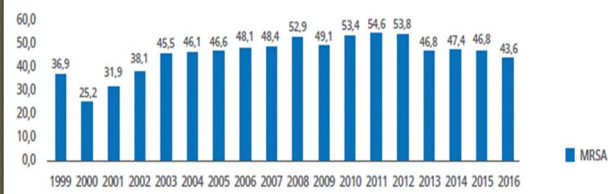
## UE, PORTUGAL E MRSA



ECDC, 2017



## PORTUGAL E MRSA...



- Implementação e alargamento do PPCIRA a todas as unidades de saúde;
- Implementação da norma do MRSA;
- Estratégia Multimodal de promoção das PBCI;
- Implementação do PAPA

DGS, 2017

## MRSA: FATORES DE RISCO

- Todos os doentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas;
- Utilização de antibióticos nos seis meses anteriores;
- História de internamento nos seis meses anteriores;
- Doentes hemodialisados;
- Internamentos em unidades de cuidados continuados ou lar/residência para idosos;
- Presença de dispositivos invasivos;
- Presença de feridas crónicas;
- Colonização prévia por MRSA.

DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, 2015  
Wilson, J. Controlo de infeção na prática clínica, 2003

## MRSA: COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO

- **COLONIZAÇÃO:** pressupõe que um microorganismo está presente no corpo do hospedeiro contudo sem provocar sintomatologia.
- **INFEÇÃO:** entrada de um agente patogénico no organismo conferindo sinais e sintomas de doença.

Wilson, J. Controlo de infeção na prática clínica, 2003

## MRSA: COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO

As infeções podem surgir quando ocorre uma solução de continuidade na pele ou mucosas, que permita o acesso da bactéria aos tecidos vizinhos ou à corrente sanguínea. Estão particularmente em risco: pele e tecidos moles, aparelho respiratório, osso, articulações e corrente sanguínea

O risco de infeção aumenta com a presença de material protésico, incluindo cateteres intravasculares.

Boucher H, Miller LG, Razonable RR. Serious infections caused by MRSA, 2010  
DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA  
nos Hospitais e Unidades de Internamento de  
Cuidados Continuados Integrados, 2015

## Estudos revelam que...

- 26% dos corrimãos dos autocarros públicos em circulação na cidade do Porto, a pesquisa de MRSA era positiva

Simões RR, et al. High prevalence of EMRSA-15 in Portuguese public buses: a worrisome finding, 2012

- 36,2% de um total de 199 autocarros públicos analisados em Lisboa revelaram a presença de MRSA.

Conceição T, et al. Contamination of public buses with MRSA in Lisbon, Portugal: a possible transmission route of major MRSA clones within the community, 2013

- A prevalência geral de MRSA em idosos em Portugal é baixa, pelo que este grupo etário não representa um reservatório significativo deste microrganismo na comunidade.

Almeida, et al. Prevalence, risk factors, and epidemiology of MRSA carried by adults over 60 years of age, 2014

## OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONTROLO DAS INFEÇÕES

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na quebra da cadeia de transmissão da infeção nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, sendo essencial apostar na sua formação e responsabilização

Silva, A. M., et al. MRSA and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures, 2010

Barreiras na intervenção dos profissionais de saúde, tais como: difícil acesso ao equipamento de proteção individual (EPI); trabalho em equipa ineficaz; poucos recursos humanos; falta de sinalização acerca da atuação em caso de isolamento; questões ambientais; e a pressão do tempo.

Silva et al (2010) e de Seibert, Speroni, Oh, DeVoe & Jacobsen (2014)

## OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONTROLO DAS INFEÇÕES

Ao compreender as estratégias preventivas (higienização das mãos e isolamento de contato), os enfermeiros podem diminuir a taxa de mortalidade e os custos de saúde.

Uphaw-Owens, M. & Bailey, C. A. Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. Medsurg Nursing, 2012

Os profissionais de saúde têm sido considerados como portadores silenciosos do MRSA.

Sridharan, K. et al. Prevalence of MRSA among hospital healthcare workers in a tertiary care hospital: A cross-sectional study, 2016

## PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO E INFEÇÃO (PBCI)



## CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA

### REVELAR-SE

Dar-se a conhecer como enfermeira de referência

Conhecer o doente e o seu projeto de vida

Identificar o conhecimento do doente/família sobre a colonização por MRSA

### ENVOLVER-SE

Adaptar os cuidados às necessidades e expectativas do doente/família numa perspetiva holística

Desenvolver relação baseada na confiança e respeito pela sua singularidade e espaço

Demonstrar ao doente/família que apesar de colonizado por MRSA poderá fazer uma vida normal em comunidade

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)



## CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA

### CAPACITAR/ POSSIBILITAR

Desmistificar a colonização e estigma associado

Participar na tomada de decisão de cuidados baseado no potencial do doente para o cuidado de si

Fazer educação para a saúde promovendo um ambiente seguro, reduzindo o risco de transmissão de MRSA

- Informar sobre a importância da manutenção da limpeza da casa: manter superfícies sem pó, sanitários limpos regularmente com os detergentes habituais;
- Roupas pessoais/roupa da cama/toalha de mesa devem ser lavadas à temperatura mais elevada que o tecido o permitir, podendo ser incluídas com a roupa da família;

NHC, Conselhos para pessoas não Hospitalizadas afectadas por MRSA, 2008

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

## CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA

### CAPACITAR/ POSSIBILITAR

Desmistificar a colonização e estigma associado

Participar na tomada de decisão de cuidados baseado no potencial do doente para o cuidado de si

Fazer educação para a saúde promovendo um ambiente seguro, reduzindo o risco de transmissão de MRSA

- Hábitos de vida podem ser mantidos, hobbies desportivos incluindo natação (se não houver presença de feridas),
- Pode manter o contacto sexual com o seu parceiro embora possa ocorrer colonização do mesmo;
- Cuidados de higiene diários dando relevância à frequente lavagem das mãos assim como dos seus conviventes;
- Se existirem feridas devem estar protegidas com um penso sempre externamente limpo;
- Deve informar todos os profissionais de saúde que teve/tem MRSA sempre que consultar de serviços de saúde.

NHC, Conselhos para pessoas não Hospitalizadas afectadas por MRSA, 2008

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

## CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COLONIZADA COM MRSA

### COMPROMETER-SE

A enfermeira assume o que negocia com o doente: Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas

Despistar sinais de infeção  
Assegurar o tratamento de feridas quando existentes

### ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

O doente consegue encontrar bem-estar no processo de transição saúde/ doença, assumindo o controlo da sua condição como pessoa colonizada por um microorganismo multirresistente

A enfermeira/família assume o cuidado do outro, quando este não tem capacidade para o cuidado de si

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, et al (2014). Prevalence, risk factors, and epidemiology of MRSA carried by adults over 60 years of age. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2015) 34:593–600. [Doi: 10.1007/s10096-014-2267-8](https://doi.org/10.1007/s10096-014-2267-8).
- Boucher H, Miller LG, Razonable RR. (Set 2010) Serious infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis. 15;51 Suppl 2:S183–97. [DOI: 10.1086/653519](https://doi.org/10.1086/653519)
- Despacho 2902/2013 de 22 Fevereiro. Diário da República 2º n.º 38, de 22 Fevereiro de 2013. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2014a). Norma nº 018/2015 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA). Acedido em 15/12/2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122017.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Inquérito de Prevalência de Infeção 2017. Relatório. Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 02/01/2018. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Conceição T, Diamantino F, Coelho C, de Lencastre H, Aires-de-Sousa M (2013) Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. PLoS ONE 8(11): e77812. [doi.org/10.1371/journal.pone.0077812](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077812)
- European Antimicrobial Resistance Surveillance System. EARSS Annual Report 2017. Bilthoven: EARSS; 2017. Available from: [http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/earssnet/documents/2008\\_earss\\_annual\\_report.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/earssnet/documents/2008_earss_annual_report.pdf)

## BIBLIOGRAFIA

- Gomes, I.D. (2009). Cuidado de Si a Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.: Tese de doutoramento
- Paúl, C.; Ribeiro, O. (2012)– *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C. & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. American Journal of Infection Control, 42, 405-411; [doi: 10.1016/j.ajic.2013.10.008](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008)
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M & Chiarello, L. (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Acedido em 01/02/2018. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>;
- Silva, A. M., Carvalho, M. J., Canini, S. R. M. S., Cruz, E. D. A. & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. Rev. Latino. Am. Enfermagem, 18(3), 346-351
- Simões RR, Aires-de-Sousa M, Conceição T, Antunes F, da Costa PM, de Lencastre H (2011) High Prevalence of EMRSA-15 in Portuguese Public Buses: A Worrisome Finding. PLoS ONE 6(3): e17630. [doi.org/10.1371/journal.pone.0017630](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017630)
- Sridharan, K, et al.(2016) Prevalence of MRSA among hospital healthcare workers in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. DOI: 10.4103/2278-344X.187829





## BIBLIOGRAFIA

- Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. A. (2012). Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *Medsurg Nursing*, 21(2), 77-81
- Wilson, Jennie (2003). "Controlo de Infecção na Prática Clínica". Loures. Lusociência

## **Apêndice V**

Panfleto - DISFAGIA PRESBIFAGIA

♦ Na existência de prótese dentária, deve mantê-la bem adaptada;

♦ Ter atenção aos alimentos que facilitem o refluxo gastro-esofágico (“azia”): comida picante/ácida, fritos, café, chá, chocolate e coca-cola.

♦ Ter atenção a alimentos difíceis de controlar na boca: alimentos em partículas pequenas (por exemplo: arroz seco, ervilhas, milho, bolachas, uvas e frutos secos); alimentos com consistências diferentes misturadas (por exemplo: leite com cereais, sopas muito líquidas com pedaços de hortaliça; canja).

♦ Proceder à higiene da boca após cada refeição e manter a pessoa corretamente sentada pelo menos 30 minutos após a refeição;

♦ Alguns doentes não podem ser alimentados pela boca, toda a alimentação/hidratação é feita por via alternativa, através de SNG (sonda nasogástrica) ou PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea), e desta forma garantir a hidratação e nutrição adequada, sem risco para a sua vida.

As modificações específicas da dieta de cada doente deverão ser discutidas com a equipa de saúde que o acompanha!



Em caso de dúvida contacte o seu profissional de saúde de referência:

### Bibliografia

Rommel, N.; Handy, S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*; 2016; 13: 49-59.

Wakabayashi, H. Presbyphagia and Sarcopenic Dysphagia: Association between Aging, Sarcopenia, and Deglutition Disorders. *The Journal of Trauma & Aging*; 2014; 3(2):97-103.

World Gastroenterology Organisation. *Dysphagia Global Guidelines & Cascades*; 2014

Y. Dionyssiotis, Y., et al. Impact of nutrition for rehabilitation of older patients: Report on the 1st EICA-ESPRM-EUGMS Train the Trainers Course. *European Geriatric Medicine*; 2017; 8: 183-190.



Elaborado por: Diliانا Mateus

Estudante do 8º Curso pós-licenciatura e mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa

Orientador por: Enfm Susana Saide  
Profm Dm Idalina Gomes

## DISFAGIA

## PRESBIFAGIA



## DISFAGIA

Dificuldade em engolir alimentos sólidos e/ou líquidos, incluindo a água.



### PRESBIFAGIA

Distúrbio fisiológica da deglutição (engolir) relacionada com o processo de envelhecimento.

### SINAIS DE ALERTA PARA DISFAGIA

- ◆ Dificuldade em engolir a saliva;
- ◆ Acumular comida no interior da boca durante as refeições;
- ◆ Esforço ou tempo excessivo para mastigar e engolir, com necessidade de **deglutições múltiplas** – de engolir várias vezes;
- ◆ Saída de alimento pelo nariz;
- ◆ Tosse antes/durante ou após engolir;
- ◆ Mudança de voz após ingestão de alimentos ou líquidos;
- ◆ Episódios de **engasgamentos frequentes**;
- ◆ **Dificuldade respiratória** e/ou **Infecções respiratórias frequentes**.

### CONSEQUÊNCIAS

**Desidratação:** devido a ingestão insuficiente de água.



**Pneumonia de aspiração:** devido a passagem dos alimentos e líquidos para as vias respiratórias;

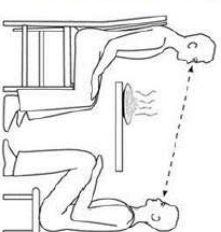


**Desnutrição:** devido à ingestão insuficiente de alimentos podendo levar à diminuição do peso.  
**Depressão e isolamento social.**

### CONSELHOS PARA FACILITAR A DEGLUTIÇÃO...

#### GLUTIÇÃO...

- ◆ Promover um ambiente calmo e disponibilizar tempo suficiente para a pessoa comer;
- ◆ **A pessoa deve estar bem desperta** e solicitar que não fale enquanto come;
- ◆ Proporcionar à pessoa a **posição de sentada** durante a alimentação, utilizar almofadas se necessário;
- ◆ Não levantar a cabeça enquanto come ou bebe, manter a flexão do pescoço no momento da deglutição;
- ◆ **O cuidador** deve colocar-se **sentado em frente à pessoa** e estabelecer contacto visual aproximando a colher da boca pelo centro;
- ◆ Começar a alimentação com **colher de sobremesa** e progredir no tamanho conforme evolução/tolerância da pessoa;
- ◆ Utilizar uma colher para a alimentação, não muito cheia, **verificar se engoliu tudo, antes de oferecer a próxima porção**;
- ◆ Ter cuidado com a toma de medicamentos (comprimidos), envolvê-los com o alimento, ou se necessário/possível triturar o comprimido;
- ◆ Se existir dificuldade em ingerir líquidos poderá adicionar **espessante alimentar** (é necessário adequar a consistência às necessidades de cada pessoa, de forma a facilitar a deglutição -consistência pudim, mel ou néctar); Não usar palhinhas;
- ◆ Se existir dificuldade na ingestão de alimentos sólidos, pode alterar a consistência da dieta para mole conforme a tolerância da pessoa.



## **Apêndice VI**

Análise de SWOT dos respectivos contextos em estudo.

Análise de SWOT dos respetivos contextos em estudo.

	<b>Fatores Positivos</b>	<b>Fatores Negativos</b>
<b>Fatores Internos</b>	<p><b>FORÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoio da Chefia do serviço e do GCL-PPICRA;</li> <li>-Motivação da equipa de enfermagem;</li> </ul>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realidade da UCI desconhecida;</li> <li>-Sobrecarga de trabalho da equipa.</li> </ul>
<b>Fatores Externos</b>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Problemática atual e pertinente segundo DGS;</li> <li>-Orientações tutoriais;</li> <li>-Revisão literatura (atual);</li> </ul>	<p><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser um elemento estranho à equipa;</li> <li>-limitação de tempo para a implementação do projeto;</li> <li>-Relação com equipa médica.</li> </ul>

## **Apêndice VII**

Comunicação livre: “Prevenção da pneumonia associada à intubação  
Implementação das *bundles* na UCI procurando a excelência no cuidar”



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO  
Implementação das bundles na UCI procurando a excelência  
no cuidar

# CUIDAMOS DO FUTURO!

**Autores:**

Diliana Mateus  
Idalina Gomes  
Odete Mendes  
Ana Cunha



1



2



## INTRODUÇÃO

	PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO HOSPITALAR		USO DE ANTIBIÓTICOS	
	Portugal	UE	Portugal	UE
Homem	12,4%	7,2%	48,3%	39,2%
Mulher	8,8%	5,4%	42,3%	33,2%
População Global	10,5%	6,1%	45,3%	35,8%

(Point Prevalence Study PPCIRA/DGS, 2015)



3

## INTRODUÇÃO

	Pneumonia associada à intubação endotraqueal (PAI)	Infeção relacionada com cateter(CSRCVC) por 1000 dias de CVC em UCI adultos
2008	11,2	2,1
2009	10,6	2,2
2010	8,7	1,4
2011	8,6	1,5
2012	8,7	1,0
2013	7,4	1,3
2014	7,1	1,9
2015	8,4	1,3
2016	7,1	0,9

(DGS, 2017)

A implementação das bundles para prevenir a PAI e protocolos de educação das equipas multidisciplinares foi um sucesso.

(Parisi, Maria, et al, 2016)



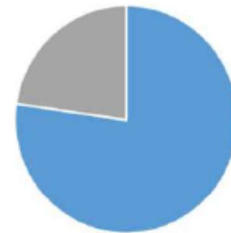
4

## METODOLOGIA

### Investigação-ação

**Objetivos** - Identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar para a utilização do feixe de intervenções na prevenção da PAI.

- Instrumentos colheita de dados: questionário fechado e observação participante;
- Participantes: Equipa multidisciplinar;
- Assegurados princípios éticos.



■ Enfermeiros ■ Médicos



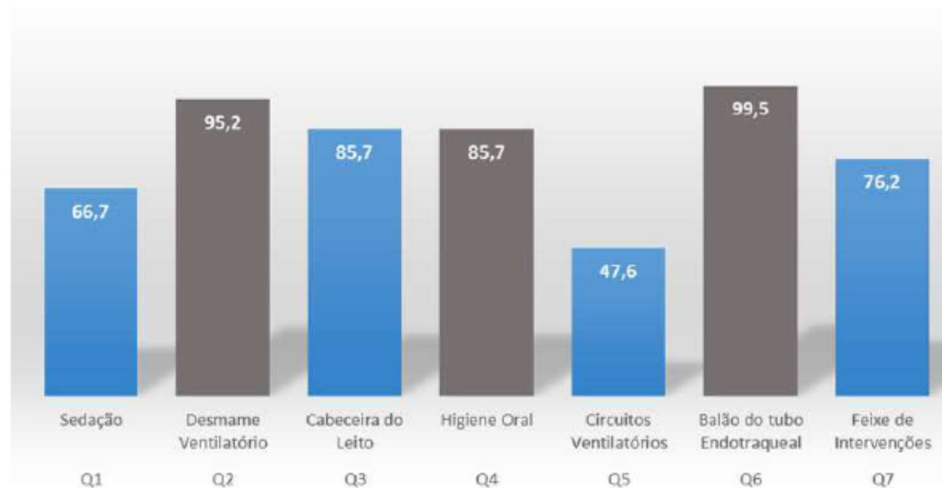
Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

5

## RESULTADOS - QUESTIONÁRIO



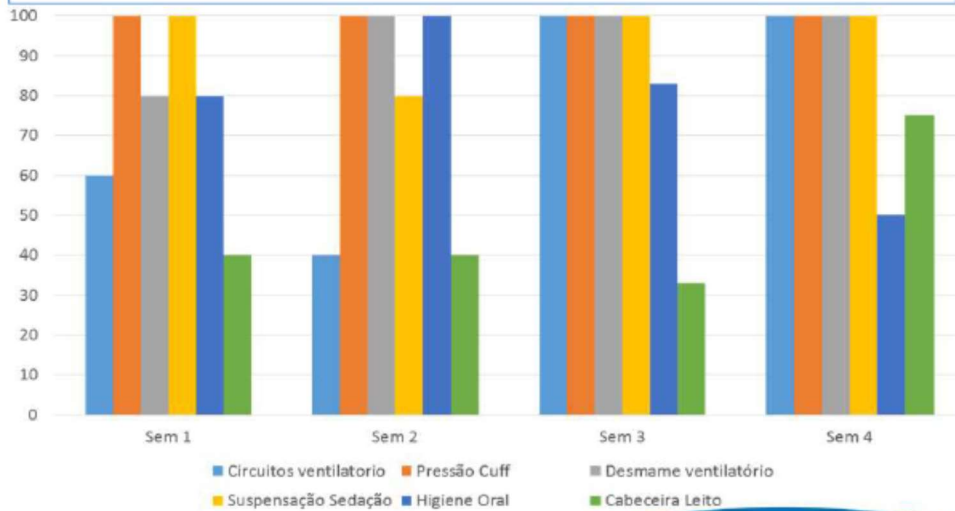
Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

6

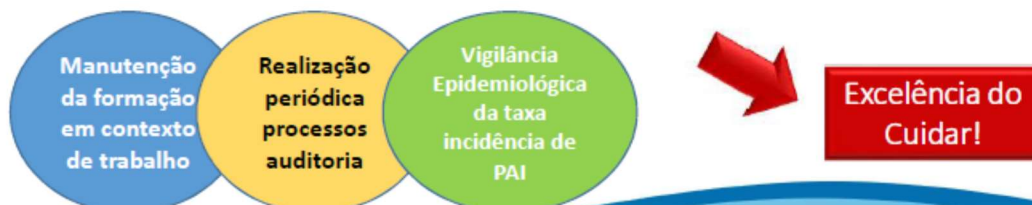
## RESULTADOS - AUDITORIA



7

## CONCLUSÃO

- Sensibilizaram-se os profissionais de saúde para as boas práticas no sentido da implementação sistemática de todo o feixe;
- Enfatizou-se a importância da **multidisciplinaridade** para o sucesso dos resultados;
- A avaliação dos indicadores de processo revelaram a existência prévia de competências nesta área, no entanto, isso não se refletiu em 100% de adesão às diretrizes preconizadas.



8

**“If infection exists, it is preventable  
If it exists, it is the result of carelessness or of ignorance”.**

Notes on Hospitals 2ª edição 1863 Florence Nightingale  
(1820-1910)



Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

9

## BIBLIOGRAFIA

- Direcção-Geral da Saúde. (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma No 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017, (Categoria IIC), 1–3. Disponível em: [www.gds.pt](http://www.gds.pt)
- ECDC. (2016). Annual Epidemiological Report 2016 – Healthcare-associated infections acquired in intensive care units., (May), 22–25. Disponível em: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER-HCAI\\_ICU\\_3\\_0.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER-HCAI_ICU_3_0.pdf)<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units-annual>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017) Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos.
- PARISI, Maria (2017) – Use of ventilator bundle and staff education to decrease ventilator associated pneumonia in intensive care patients. American Association of Critical-Care Nurses. América . Vol., 36 Nº 5 (Outubro 2016) p.1-7



Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

10

## **APÊNDICE VIII**

*Checklist* verificação da *Bundle* da prevenção da pneumonia associada à intubação.

Checklist verificação da *Bundle* da prevenção da pneumonia associada à intubação.

S – Sim; N – Não; NA – Não aplicável.

Data / /	Cabeceira $\geq$ 30º			Higiene oral clorhexidina 0,2%			Suspensão diária sedação	Av. Possibilidade desmame ventilatório	Pressão cuff mantida entre 20-30cmH2O			Manter circuitos ventilatórios, substituídos quando visivelmente sujos ou disfuncionantes		
	M	T	N	M	T	N	1x dia	1x dia	M	T	N	M	T	N
1														
2														
3														
4														

Nota: aplicável a qualquer doente após início de VMI

Fonte: Adaptado da DGS e CGL-PPCIRA do centro hospitalar (2017).

## **Apêndice IX**

Sessão de divulgação do projeto na unidade de cuidados intensivos.



## Sessão de divulgação do projeto na UCI

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Prevenção da pneumonia associada à intubação na Pessoa Idosa – A Parceria como Intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa

Identificação do projeto → DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO → PLANEAMENTO DE ATIVIDADES → EXECUÇÃO → AVALIAÇÃO → DIVULGAÇÃO RESULTADOS

**Docente:** Professora Idalina Gomes  
**Orientadora(s):** Enfermeira Odete Mendes  
Enfermeira Ana Cunha  
**Discente:** Diliana Mateus

Janeiro 2018

### Identificação do projeto

**PALAVRAS-CHAVE:** Pneumonia associada à intubação (PAI), feixes de intervenção, pessoa idosa, cuidado de enfermagem, modelo de parceria

**PERÍODO DE ESTÁGIO:** Novembro 2017 – Fevereiro 2018

**DURAÇÃO:** 400horas

**INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:** Hospital Pulido Valente (UCIMCR e GCL-PPCIRA)



## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Revisão sistemática da literatura

### INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

- Dificultam o tratamento adequado do doente;
- Aumento do risco de morbilidade e mortalidade;
- Aumento do consumo de recursos hospitalares e comunitários

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos em números

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infeções...

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infeções...

ECDC. Surveillance Report. Annual epidemiologic...

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infeções...

**Programa de saúde prioritário**

**Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)**

	Prevalência de IH		Uso de AM	
	Portugal	UE	Portugal	UE
Homens	12,4%	7,2%	48,3%	39,2%
Mulheres	8,8%	5,4%	42,3%	33,2%
Total	10,5%	5,7%	45,4%	32,7%
	IC 95% 10,1 - 11,0	IC95% 4,5 - 7,4	IC95% 44,6-46,1	IC95%29,4-36,2

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos em números

Prevalência de casos de IH e uso de AM							
Grupos Etários	Distribuição Etária	Infecção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4.1%;7%)	192	19,9%	(17.4%;22.6%)
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1.7%;7.7%)	107	53,5%	(46.3%;60.6%)
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7.1%)	135	49,6%	(43.5%;55.7%)
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4.1%;8.1%)	214	36,8%	(32.8%;40.8%)
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3.3%;5.9%)	370	34,5%	(31.6%;37.4%)
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4.9%;7.4%)	575	40,5%	(38%;43.1%)
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8.2%;10.9%)	815	44,3%	(42.1%;46.6%)
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10.6%;13.2%)	1102	44,5%	(42.6%;46.5%)
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11.5%;13.8%)	1564	47,0%	(45.3%;48.7%)
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11.8%;13.9%)	2083	50,2%	(49.7%;51.7%)
85 ou > anos	10,3%	258	13,8%	(12.2%;15.4%)	1060	56,6%	(54.3%;58.8%)
Total	18199	1926	10,6%	(10.2%;11.1%)	8244	45,4%	(44.6%;46.1%)

DGS (2015) Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos em números

Country	Number of ICUs	Number of patients	Average length of ICU stay (days)	Intubation use (days per 100 patient days)	Intubation-associated pneumonia rate (episodes per 1 000 intubation-days)			
					Pooled country mean	25th percentile	Median	75th percentile
Austria	28	5 687	9.8	54.6	10.6	4.5	8.0	16.8
Belgium	10	1 939	7.5	30.6	15.1	4.1	9.9	19.9
Estonia	6	1 231	10.3	68.1	10.6	6.8	12.1	16.8
France	196	29 553	11.6	60.7	13.7	8.4	12.8	18.3
Italy	140	23 480	9.7	60.6	8.2	3.0	6.6	10.3
Lithuania	26	2 438	8.8	46.9	18.0	0.0	3.7	32.0
Luxembourg	9	2 983	9.3	39.5	3.9	2.7	3.2	3.9
Portugal	27	4 154	11.7	69.2	10.2	4.2	7.3	13.2
Slovakia	8	348	9.5	71.7	12.3	1.6	6.4	18.8
Spain	177	32 399	8.2	46.4	7.4	3.5	6.5	10.9
United Kingdom (a)	1	5 853	8.1	64.9	3.4	3.4	3.4	3.4
All countries	628	110 065	9.7	56.3	10.1	3.9	8.4	14.3

ECDC. Surveillance Report. Annual epidemiological report. Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections 2014

# PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivos gerais/  
específicos

Atividades

	BACTERIEMIA NOSOCOMIAL POR MRSA (POR 1000 DIAS DOENTE)	INFEÇÃO RELACIONADA COM CVC (POR 1000 DIAS DE CVC)	INFEÇÃO RELACIONADA COM CVC EM UCI ADULTOS (POR 1000 DIAS DE CVC)	PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO EM UCI ADULTOS (POR 1000 DIAS DE INTUBAÇÃO)	SÉPSIS ASSOCIADA A CVC EM UCI NEONATAL (POR 1000 DIAS DE CVC)
2008	-	3,1	2,1	11,2	10,1
2009	0,22	3,0	2,2	10,6	11,3
2010	0,15	2,5	1,4	8,7	11,3
2011	0,15	2,0	1,5	8,6	13,4
2012	0,17	1,9	1,0	8,7	11,5
2013	0,17	1,9	1,3	7,4	9,1
2014	0,16	1,8	1,9	7,1	11,3

## **Objetivos gerais/específicos**

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na intervenção em parceria com a pessoa idosa na prevenção da PAI, que promovam o cuidado de si.
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na utilização dos feixes de intervenção para prevenir a PAI, reduzindo as suas implicações na pessoa idosa.

**2.1 Contribuir para a melhoria da resposta da equipa multidisciplinar na prevenção da PAI, tendo em conta as necessidades identificadas;**

**2.2 Sensibilizar equipa multidisciplinar para as necessidades da pessoa idosa hospitalizada na promoção de um ambiente seguro, tendo por base o modelo conceptual parceria nos cuidados de enfermagem.**



## Atividades

- Aplicação de um questionário fechado à equipa multidisciplinar para diagnóstico das necessidades formativas;
- Realização de sessão de formação consoante as necessidades formativas diagnosticadas;
- Observação das práticas da equipa multidisciplinar com base na construção de uma grelha de observação (feixes de intervenção); hiperligação
- Construção de material de apoio;
- Observação e análise do processo clínico/registos de enfermagem dos doentes hospitalizados na UCIMCR utilizando um instrumento para esse efeito, entre o período 2015-2017.

**EXECUÇÃO**

# DIVULGAÇÃO RESULTADOS

“If infection  
exists, it is  
preventable  
If it exists, it ...

**“If infection exists, it is preventable  
If it exists, it is the result of carelessness or of  
ignorance”.**

Notes on Hospitals 2ª edição 1863 Florence Nightingale  
(1820-1910)

## **APÊNDICE X**

Apresentação final e divulgação dos resultados na unidade de cuidados intensivos.

Apresentação final e divulgação dos resultados na UCI.

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Vertente Pessoa Idosa

**PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO**  
– Intervenções de Enfermagem

**Docente:** Professora Idalina Gomes  
**Orientador(as):** Enfermeira Odete Mendes  
Enfermeira Ana Cunha  
**Discente:** Dília Mateus nº1175

Abril, 2018

1

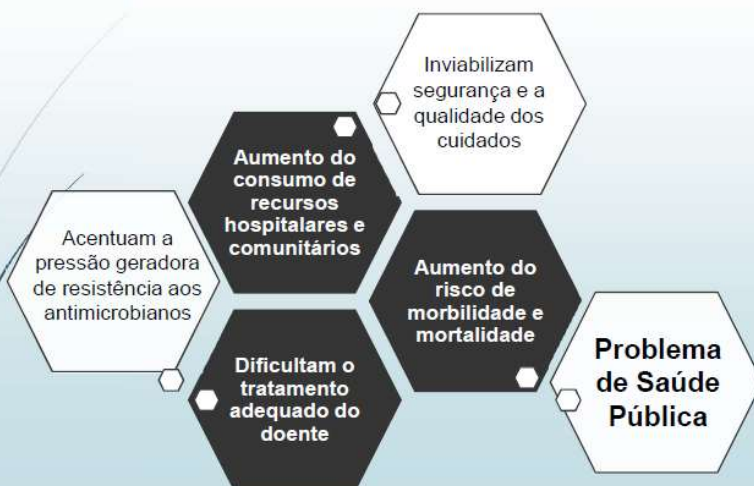
**SUMÁRIO**

1. Infecção Associada aos cuidados de Saúde (IACS)
2. Programa de Saúde Prioritário;
3. Projeto: prevenção e controlo das IACS;
4. Pneumonia Associada à intubação (PAI);
5. Resultados da colheita de dados;
6. Prevenção da PAI;

2



## INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)



3

## INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

	PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO HOSPITALAR		USO DE ANTIBIÓTICOS	
	Portugal	UE	Portugal	UE
Homem	12,4%	7,2%	48,3%	39,2%
Mulher	8,8%	5,4%	42,3%	33,2%
População Global	10,5%	6,1%	45,3%	35,8%

(Inquérito de prevalência, DGS, 2015)

4

## PROGRAMA DE SAÚDE PRIORITÁRIO



Despacho n.º \_\_\_\_/2013

Considerando que, existe evidência que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, que a nossa prática de prescrição antibiótica apresenta distorções patíveis de correção, que a taxa de resistência a antimicrobianos é preocupante, e a perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados e têm de ser abordados de forma global e integrada, foi determinada a criação do programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro de 2013, sendo assim objeto de fuso o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

Os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas.

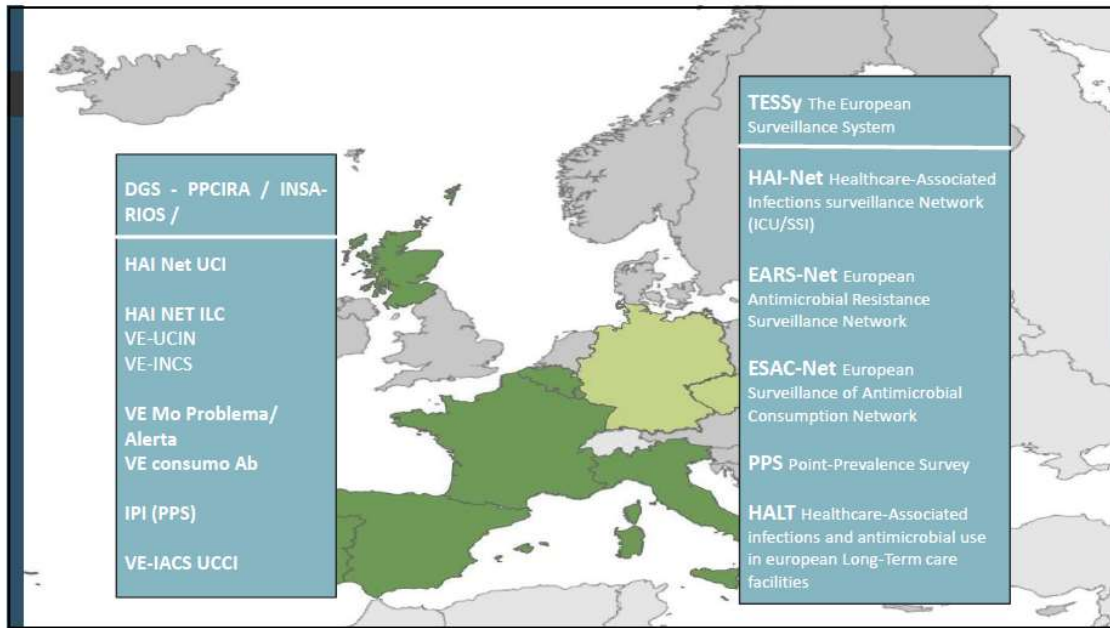
**Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)**

5

## PROGRAMA DE SAÚDE PRIORITÁRIO



6



7



8

## PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

É uma infecção pulmonar nosocomial que ocorre 48h após intubação endotraqueal (IET) com instituição de ventilação mecânica invasiva (VMI) bem como até 48h após extubação.

A PAI é diagnosticada usando uma combinação de critérios radiológicos, clínicos e laboratoriais. É geralmente caracterizada pela presença de um novo ou progressivo infiltrado pulmonar; sinais sistêmicos (febre, leucocitose); alterações das características das secreções e a identificação de um agente etiológico.

A incidência da PAI aumenta com a duração da VMI, aproximadamente 3%/dia durante os primeiros cinco dias de ventilação, 5-10 dias o risco diminui para 2%/dia e 1% para os dias subsequentes.

(ATS, Infectious Diseases Society of America, 2005; Rello, et al, 2002)

9

## PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

**Precoce:** Ocorre nas primeiras 96h de VMI;

Aspiração conteúdo orofaríngea inerente a IET;

Associado a presença de Microrganismos sensíveis à maioria dos antibióticos

**Tardia:** Ocorre após 96h de VMI;

Microrganismos multirresistentes;

Pior prognóstico.

(Center for Disease Control and Prevention, 2003)

10

## EPIDEMIOLOGIA

Em 2015, 11.788 (8,3%) doentes internados em unidade de cuidados intensivos (UCI) por mais de dois dias: 6% apresentaram pneumonia, 97% dos episódios de pneumonia foram associados à intubação.

(Healthcare-associated infections acquired in intensive care units, ECDC, 2017)

- ▀ ↑ taxas morbidade;
- ▀ ↑ taxas mortalidade;
- ▀ ↑ tempo de permanência sob VMI;
- ▀ ↑ aumento do tempo de internamento;
- ▀ ↑ custos para os doentes e para o sistema de saúde.

(Center for Disease Control and Prevention, 2003; ATS, 2008)

11

## FATORES DE RISCO

### Não Modificáveis:

- Idade >60 anos;
- Desnutrição;
- Doença pulmonar prévia;
- Imunossupressão;
- Traumatismo craniano;
- Risco elevado de mortalidade (APACHE II ou SAPSII);
- Queimados;
- Doença cardíaca ou pulmonar aguda;
- Doenças que alteram a motilidade gastro-intestinal ou esvaziamento gástrico;
- Cirurgia prévia.

### Modificáveis:

- Tubo endotraqueal;
- Sonda gástrica;
- Antibioterapia prévia;
- Depressão do estado de consciência;
- Entubações endotraqueais de repetição;
- Aspiração de secreções traqueobrônquicas;
- Colonização da orofaringe/estômago;
- Posição supina

(Beraldo, 2008; Coffin et al., 2008; Sadfar, Crnich e Maki, 2005; Standing e Oddie, 2011)

12



## INCIDÊNCIA DA PAI

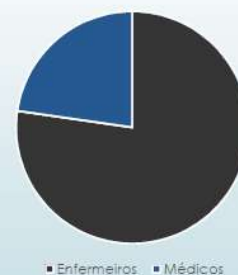
	Pneumonia associada à intubação endotraqueal (PAI)	Infeção relacionada com cateter(CSRCVC) por 1000 dias de CVC, em UCI adultos
2008	11,2	2,1
2009	10,6	2,2
2010	8,7	1,4
2011	8,6	1,5
2012	8,7	1,0
2013	7,4	1,3
2014	7,1	1,9
2015	8,4	1,3
2016	7,1	0,9

(DGS, 2017)

13

## METODOLOGIA DO PROJETO

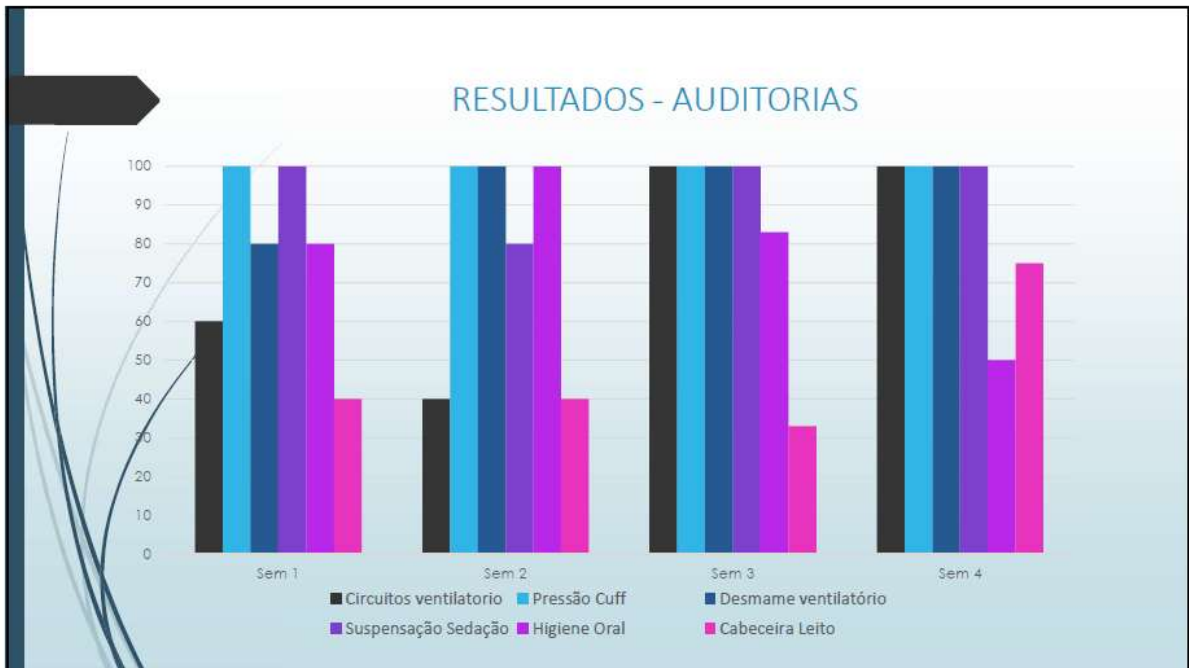
- **Investigação-ação;**
- **Instrumentos colheita de dados:** questionário fechado e observação participante;
- **Participantes:** Equipa multidisciplinar;
- **Assegurados princípios éticos,** garantida a **privacidade e confidencialidade** dos dados colhidos e autorização da Instituição.



14



15



16

## PREVENÇÃO DA PAI – FEIXE DE INTERVENÇÕES

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e **documentar no processo clínico**;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, **registrado no processo clínico**;
- Manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, **registrando no processo clínico**;

(DGS, 2017)

17

## PREVENÇÃO DA PAI – FEIXE DE INTERVENÇÕES

- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e **documentar no processo clínico**;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O.

(DGS, 2017)

18



## PREVENÇÃO DA PAI – OUTRAS INTERVENÇÕES

- ▶ A intubação e reintubação devem ser evitadas;
- ▶ Sempre que possível utilizar Ventilação não invasiva (VNI);
- ▶ A intubação orotraqueal e os tubos orogástricos são os preferidos sobre a intubação nasotraqueal e sonda nasogástrica para evitar a sinusite nosocomial;
- ▶ A aspiração contínua de secreções subglóticas pode reduzir o risco de PAI precoce e deve ser usado, se disponível (recomendado em doentes cuja previsão de tempo de ventilação mecânica seja superior a 72h);

19

## PREVENÇÃO DA PAI – OUTRAS INTERVENÇÕES

- ▶ A manutenção de níveis adequados de profissionais de saúde na unidade de cuidados intensivos (UCI) pode reduzir o tempo de internamento, melhorar as práticas de controle de infecção;
- ▶ A nutrição entérica é preferível à nutrição parentérica para reduzir o risco de complicações relacionadas aos cateter venoso central e prevenir a atrofia das vilosidades da mucosa intestinal;

20

## PREVENÇÃO DA PAI – OUTRAS INTERVENÇÕES

- ▶ Não há evidência científica suficiente para recomendar a profilaxia antibiótica aos doentes submetidos a VMI;
- ▶ A terapia insulínica na UCI é recomendada para manter níveis séricos de glicose entre 80 e 110 mg/dl em doentes aqui internados no intuito de reduzir as infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), duração da ventilação mecânica, permanência na UCI, morbidade e mortalidade;
- ▶ Deve evitar-se a administração de fármacos que alterem o pH gástrico, estes só devem ser usados se existir risco acrescido de desenvolvimento de úlcera de stress;

21

## PREVENÇÃO DA PAI – OUTRAS INTERVENÇÕES

- ▶ Incentivar sempre que possível o levante precoce;
- ▶ Cumprir as precauções básicas do controlo de infeção;
- ▶ Higienização das mãos.

### **TRAQUEOSTOMIA:**

- ▶ Aspiração de secreções deve ser realizada com técnica assética;
- ▶ Na mudança da cânula:
  - Utilizar bata e técnica assética;
  - Substituir por cânula esterilizada.

22

## PREVENÇÃO DA PAI – ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

- ▶ Esta técnica deve ser feita apenas quando necessário e não por rotina;
- ▶ Não instilar fluidos para remover secreções do tubo endotraqueal por rotina, mas caso seja necessário, utilizar apenas fluidos esterilizados;
- ▶ Quando for necessário aspirar a cavidade oral e nasal, se for usar a mesma sonda, deve aspirar-se primeiro o nariz;
- ▶ Para aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, deve evitar-se a desconexão do sistema, utilizar a válvula do swivel. Na substituição do circuito ventilatório deve desconectar primeiro do ventilador e só depois do doente.
- ▶ **Aspirar as secreções existentes acima do cuff do tubo endotraqueal antes de:**
  - Desinsuflar o cuff;
  - Mobilizar o TET;
  - Baixar cabeceira;



23

## PREVENÇÃO DA PAI – ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES



### Sistema de aspiração Fechado:

- Luvas limpas;
- Trocar o sistema apenas quando presença de sujidade visível e/ou disfuncionante.



### Sistema de aspiração Aberto:

- Luvas Esterilizadas;
- Utilização de máscara;
- usar sonda estéril de uso único.

24

## PREVENÇÃO DA PAI – FORMAÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A implementação das bundles para prevenir a PAI e protocolos de educação das equipas multidisciplinares foi um sucesso.

(Parisi, Maria, et al, 2016)

Apesar do diagnóstico da PAI ser muito específico, os cuidados prestados aos doentes em risco de PAI está relacionado com a qualidade dos cuidados prestados a qualquer doente crítico ventilado.

(Standring e Oddie, 2011)

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na quebra da cadeia de transmissão da infeção nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, sendo essencial apostar na sua formação e responsabilização.

(Silva, A. M., et al., 2010)

25

## CONCLUSÃO

- Sensibilizaram-se os profissionais de saúde para as **boas práticas** no sentido da implementação sistemática de todo o feixe;
- Enfatizou-se a importância da **multidisciplinaridade** para o sucesso dos resultados;
- A avaliação dos **indicadores de processo** revelaram a existência prévia de competências nesta área, no entanto, isso não se refletiu em 100% de adesão às diretrizes preconizadas.

Manutenção  
da formação  
em contexto  
de trabalho

Realização  
periódica  
processos  
auditoria

Vigilância  
Epidemiológica  
da taxa  
incidência de  
PAI



Excelência  
do Cuidar!

26





“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

Robert Collier, (1926) in “The Secret of the Ages”

27



## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS (2005) - Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*. New York. DOI: 10.1164. Vol.171, nº4. (Fevereiro 2005). p. 391-411.
- AUGUSTYN, B. (2007). Ventilator-Associated Pneumonia: Risk Factors and Prevention. *Critical care Nurse*. America. ISSN: 1940-8250. Vol.27, nº4. (Fevereiro 2005). pp. 32-39.
- ALOUSH, Sami (2017) – Nursing students’ knowledge about ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: Effectiveness of a teaching program. *American Journal of Infection Control*. America. Nº45 (2017) p.544-546
- BENNER, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. *Quarteto Editora*. Coimbra. (2001).
- COFFIN, S. E. et al (2008). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: shea practice precommendation. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Chicago. DOI 10.1086/591062. Vol. 29 (Outubro de 2008). p. 31-40.
- DECRETO-LEI nº 2757/17 . D.R II Série. 66 (17-04-03) 6153-6154.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. D.R. II Série. 28 (15-02-10). 3882-(2)-3882-(10). Acedido 22/04/2017
- PARISI, Maria (2017) – Use of ventilator bundle and staff education to decrease ventilator associated pneumonia in intensive care patients. *American Association of Critical-Care Nurses*. América . Vol., 36 Nº 5 (Outubro 2016) p.1-7

28