

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica


Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa

Intervenções de enfermagem em parceria com a
pessoa idosa com infeção a *Clostridium difficile*
sujeita a isolamento de contacto

Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa

**Intervenções de enfermagem em parceria com a
pessoa idosa com infeção a Clostridium difficile
sujeita a isolamento de contacto**

Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de Sousa

Professora Doutora Idalina Gomes

2013

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several thick, curved, overlapping lines in a light gray color, resembling a stylized wave or a series of brushstrokes.

AGRADECIMENTOS

À Profª Idalina por ter aceitado o desafio e ter acreditado em mim, por todo o apoio ao longo deste caminho;

À Ana Sanches por me ter aturado, pelos incentivos, pela amizade;

À Enfª Chefe, aos colegas e à restante equipa do serviço que me acolheu, por toda a colaboração apesar dos dias difíceis;

A todos os idosos que passaram pela minha vida, porque me inspiraram;

Aos meus companheiros da CCI que estiveram sempre comigo;

À Direção dos Serviços de Enfermagem por me ter possibilitado fazer este percurso, em especial à Enfª Madalena que me apoiou sempre;

Aos meus amigos e à minha família pelo tempo que não lhes dediquei, pelas festas a que faltei, por serem quem são;

À Cristina, minha velha amiga de sempre, porque esteve sempre presente, porque me ajudou mesmo tendo de abdicar de horas e horas de descanso;

À minha querida mãe pelos momentos que não pude estar com ela, e por nunca me ter cobrado as ausências;

Ao meu filho e à minha filha checa, que estiveram sempre comigo no coração mesmo estando longe;

Ao meu “Bicho” por me ter ouvido, aturado, por não me deixar morrer à fome nos dias que “só tinha olhos” para o computador, sem ele não teria conseguido;

Ao meu pai que já não está fisicamente presente mas que me acompanha e me inspira,

Bem hajam

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAD – Ajudantes de ação direta

AO – Assistentes operacionais

AIVD - Atividades instrumentais de vida diária

AVD – Atividades de vida diária

CCI – Comissão de Controlo da Infeção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CE – Comissão Europeia

DACD – Diarreia associada a *Clostridium difficile*

DGS – Direção Geral de Saúde

DQS – Direção da Qualidade na Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EU – Estados Unidos

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

ICNA - Infection Control Nurses Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPN – Inquérito de prevalência nacional

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCI – Unidade de cuidados intensivos

WHO – World Health Organization

RESUMO

A infeção a *Clostridium difficile* reemergiu nos últimos anos com maiores repercussões na morbidade e mortalidade tornando-se um grave problema de saúde pública. A mortalidade por esta infeção tem vindo a aumentar no mundo inteiro, principalmente em idosos institucionalizados. A transmissão por contacto representa a principal via de transmissão. Medidas de controlo de infeção como o isolamento têm repercussões no bem-estar dos doentes idosos e das suas famílias.

O objetivo deste projeto foi desenvolver as competências de enfermeiro mestre e especialista na área de intervenção do idoso, nomeadamente na prevenção da infeção a *C. difficile* e das suas complicações em contexto de internamento, tendo por base cuidados de enfermagem assentes num modelo de trabalho de parceria promotor da autonomia dos idosos. Este projeto decorreu num serviço de medicina de um hospital central. Para a sua realização foi utilizada uma metodologia de projeto com o envolvimento dos idosos com infeção a *C. difficile*, das suas famílias e de toda a equipa multidisciplinar.

Como métodos de recolha de informação foram utilizados a análise de conteúdo de registos de enfermagem, a observação direta das práticas de controlo de infeção da equipa multidisciplinar e a entrevista informal com os idosos e familiares. A análise e reflexão das práticas de cuidados originaram ações de formação e sensibilização a toda a equipa e foram criados documentos de apoio para os enfermeiros e para as famílias. Para a avaliação multidimensional do idoso foram usados instrumentos preexistentes e padronizados que permitiram fazer o diagnóstico de enfermagem e delinear intervenções de enfermagem adequadas.

A reflexão contínua das experiências vividas permitem-me agora cuidar da pessoa idosa de forma fundamentada, utilizando um modelo de intervenção de cuidados de enfermagem específico para os idosos, o modelo de parceria. Permitiu-me também desenvolver competências nos quatro domínios que definem as competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

A descontinuação do uso de equipamento de proteção por parte dos familiares e do método de isolamento até então implementado no serviço, que se verificou terem repercussões no bem-estar dos doentes, foram alguns dos resultados obtidos.

Concluiu-se que o impacto negativo do isolamento nos doentes idosos e nas

suas famílias pode ser reduzido, sem que a prevenção da infecção seja posta em causa, se a equipa de saúde desenvolver esforços no sentido de o minimizar respeitando a singularidade da pessoa, a sua autonomia e o seu projeto de vida, valores subjacentes ao modelo do cuidado de Si (Gomes (2009, p.237):

Palavras-chave: Pessoa idosa/família; intervenções de enfermagem; *C. difficile*; isolamento; parceria.

ABSTRACT

The re-emergence of *Clostridium difficile* in recent years has had major repercussions on morbidity and mortality and has led to serious public health problems. The mortality rate from this infection has increased worldwide particularly amongst frail institutionalised elderly.

Contact is the main route of transmission. Infection control procedures e.g. isolation measures have an impact on the well-being of the elderly and their families.

This project took place on a medical service in a central hospital. The objective of the study was to develop competencies amongst nurse specialists in elderly care particularly in the prevention of *C. difficile* and its complications.

The methodology used for this project consisted of content analysis of nursing records, the direct observation of infection control practices of the multi-disciplinary care team and informal interviews with the elderly patients and their families. All the elderly interviewed had *C. difficile*. As a consequence of analysis and reflexions of the existing care practices self-awareness and self-improvement was fostered amongst the multi-disciplinary care team. Supporting protocols for nurses and for families were also developed. For multidimensional assessment of the elderly, pre-existing and standardized instruments were used allowing the nursing diagnosis and outline appropriate nursing interventions.

Continuous reflection of lived experiences allows me to care for the elderly in a structured way using a partnership model of care. Also allowed me to develop competencies in the four areas that define the common competencies of specialist nurse: professional ethical and legal responsibility, quality management, care management and professional learning development (OE, 2010).

Amongst the results obtained were the discontinuation of isolation procedures until then implemented in the service, and the use of PPE by the families. These were noted to have implications on the well-being of the patients.

It was concluded that the negative impact of isolation on the elderly patients and their families can be reduced without impacting on the prevention of infection. This can only be achieved if the health care team respect the uniqueness of the individual, acknowledge their autonomy and life project, values underlying “*the care of the Self*” model.

Keywords: elderly person/family; nursing interventions; C. difficile; isolation; partnership.

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO / PROBLEMA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	16
1.1 OBJETIVOS GERAIS	20
1.1.1 <i>Reduzir o impacto do isolamento de contacto na pessoa idosa infetada com C. difficile e família, em contexto hospitalar.....</i>	<i>20</i>
1.1.2 <i>Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção a C. difficile do doente idoso em contexto hospitalar.</i>	<i>20</i>
1.1.3 <i>Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais do lar de idosos que mais recebe/envia idosos para o hospital para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a C. difficile.</i>	<i>21</i>
2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	22
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	22
2.2 IATROGENIA E INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS).....	24
2.2.1 <i>O idoso com diarreia iatrogénica por infeção a C. difficile</i>	<i>25</i>
2.2.2 <i>Fatores de risco e patogenia da infeção</i>	<i>27</i>
2.2.3 <i>Prevenção da transmissão cruzada.....</i>	<i>28</i>
2.2.4 <i>O impacto das medidas de isolamento de contacto no bem-estar dos idosos e famílias.</i>	<i>31</i>
2.2.5 <i>A transição como contexto de cuidados perante o idoso em isolamento.....</i>	<i>35</i>
2.2.6 <i>Cuidar em parceria nas situações de isolamento por infeção a C. difficile</i>	<i>36</i>
3 METODOLOGIA DE PROJECTO	78
4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ACTIVIDADES/ESTRATEGIAS E RESULTADOS.....	82
4.1 HOSPITAL CL, SERVIÇO DE MEDICINA.....	83
4.1.1 Objetivo Geral 1 - <i>Reduzir o impacto do isolamento de contacto na pessoa idosa infetada com C. difficile e família, em contexto hospitalar.....</i>	<i>85</i>
4.1.2 Objetivo Geral 2 - <i>Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção a C. difficile do doente idoso em contexto hospitalar.</i>	<i>105</i>
4.1.3 <i>Reflexão acerca das competências desenvolvidas</i>	<i>125</i>
4.2 LAR DE IDOSOS.....	65
4.2.1 Objetivo Geral 3 <i>Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais do lar de idosos que mais recebe/envia idosos para o hospital CL, para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a C. difficile.....</i>	<i>65</i>
5 QUESTÕES ÉTICAS	137
6 CONCLUSÃO	142

REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES E ANEXOS	1
APÊNDICE 1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	
APÊNDICE 2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE 3 APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS COLEGAS	
APÊNDICE 4 ESTUDO DE CASO	
APÊNDICE 5 NOTAS DE CAMPO	
APÊNDICE 6 FOLHETO DE VISITAS	
APÊNDICE 7 INDICADORES DE PARCERIA	
APÊNDICE 8 INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO DE EPI	
APÊNDICE 9 RESULTADOS	
APÊNDICE 10 APRESENTAÇÃO OBSERVAÇÕES EPI	
APÊNDICE 11 MICRORGANISMOS ALERTA E VIAS DE TRANSMISSÃO	
APÊNDICE 12 FLUXOGRAMA	
APÊNDICE 13 TESTE OS SEUS CONHECIMENTOS	
APÊNDICE 14 POSTER	
APÊNDICE 15 RELATÓRIO LAR DE IDOSOS	
APÊNDICE 16 PRECAUÇÕES BÁSICAS LAR	
ANEXO 1 CARTAZ PARA VISITAS	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES DA CCI DO HOSPITAL CL 2008.....	30
--	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - FASES DA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE PARCERIA.....	70
FIGURA 2 - CICLO DE GIBBS	101
FIGURA 3 - CÍRCULO DE AUDITORIA	107
FIGURA 4 - PLACAS DE PETRI APÓS 48 H DE INCUBAÇÃO.....	117

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência do estágio realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem à Pessoa Idosa, desenvolvido na ESEL, nos anos lectivos 2011/2013 e que teve como tema central do projeto de estágio “*Intervenções de Enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infeção a Clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto.*”

As experiências descritas referem-se ao estágio realizado num serviço de medicina de um hospital central de Lisboa,¹ com uma breve passagem por um lar de idosos da capital. Decorreu no período de tempo compreendido entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, num total de 750 horas curriculares.

Os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel preponderante no aumento da longevidade que é, sem dúvida, uma conquista para a humanidade. Sabemos, no entanto, que com a longevidade aumentam também as doenças crónicas e com elas a dependência e a vulnerabilidade. Esta realidade faz do idoso um grande utilizador de cuidados de saúde em vários contextos de cuidados (primários, secundários, domicílio, entre outros) o que coloca sérios desafios para os sistemas de saúde, para as famílias e para a sociedade em geral. Prevê-se que o custo global médio dos cuidados de saúde relacionados apenas com o envelhecimento aumente 41% entre 2000 e 2050 (Nações Unidas, 2002)

Nas instituições de saúde os idosos ficam expostos a iatrogenias várias como é o caso das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva e aos internamentos repetidos. As IACS são um flagelo para os sistemas de saúde e impõem encargos desnecessários aos doentes e famílias (CE, 2012).

A infeção a *C. difficile* é uma IACS que nos últimos anos reemergiu com maiores repercussões a nível da morbilidade e mortalidade (Caras, Bradshaw, Maamúdi & Hensch, 2010), tornando-se um problema grave de saúde pública. O *C. difficile* é reconhecido como o principal agente etiológico de diarreia de origem infecciosa dos doentes hospitalizados no mundo desenvolvido, devido à terapêutica antimicrobiana, principalmente nos idosos (Kelly & LaMont, 2008; Caras & al, 2010). É causa de inúmeros surtos, não só nos hospitais mas também nos lares de idosos (Laffan,

¹ Neste relatório, por questões de confidencialidade será mencionado “hospital CL”

Bellantoni, Greenough & Zenilman, 2006) onde, geralmente, não há profissionais de saúde com treino na área de controlo de infeção. O contacto representa a principal via de transmissão a qual resulta na disseminação pessoa a pessoa.

A realização deste projeto decorre do facto de que as indicações relativas ao controlo de infeção tais como as medidas de isolamento de contacto que se destinam a prevenir a transmissão da infeção cruzada, têm repercussões no bem-estar dos doentes e famílias e podem ser uma experiência traumatizante para eles (Pacheco & Spyropoulos, 2010). Os enfermeiros e os outros profissionais de saúde devem procurar minimizar os efeitos negativos da experiência do isolamento e maximizar os aspetos positivos. Além disso a diminuição da mobilidade, provocada pela restrição do espaço, decorrente da implementação daquelas medidas e também da debilidade provocada pela infeção, colocam o idoso em risco de declínio funcional que muitas vezes levam à institucionalização (Gill, Allore, Holford & Guo, 2004).

Trabalho há 30 anos como enfermeira, 13 dos quais em cuidados intensivos (UCI) de um serviço de pneumologia. Estou há 16 anos na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do hospital CL. Tendo em conta o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, descrito por Patrícia Benner (2001) seria considerada **perita** nas duas áreas onde trabalhei, não apenas devido aos anos de serviço, mas porque a experiência que tinha me permitia agir por instinto mas em segurança. De facto sentia-me segura das minhas competências e geria situações complexas com êxito. Era consultada pelos pares e por outros membros da equipa multidisciplinar neste tipo de situações.

Cuidei de pessoas idosas durante muitos anos mas não estava desperta para algumas particularidades desta faixa etária como as alterações relacionadas com o envelhecimento e os problemas ligados à hospitalização como o impacto psicológico e o declínio funcional. Também não sabia avaliar o idoso de modo multidimensional de modo a desenvolver cuidados de enfermagem adequados. De acordo com Lemos & Rossi, (2002) um dos maiores problemas das UCI é que nestes locais de prestação de cuidados o saber tecnológico condiciona o profissional a desenvolver ações mecanizadas centradas na resolução de problemas e não na pessoa. Apesar disso sempre me preocupei com a comunicação com os idosos por perceber que esta era muitas vezes descurada. Tinha especial preocupação com os familiares, principalmente com os cônjuges e os filhos pois percebia que o medo da morte próxima do ente

querido estava sempre presente. No entanto, não me podia considerar perita nos cuidados à pessoa idosa. De facto e de acordo com Benner, poder-me-ia considerar competente:

torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. Este plano dita quais os atributos e aspetos da situação presente ou prevista que devem ser considerados como os mais importantes e os que podem ser ignorados. (Benner, 2001, p.53)

Tendo em vista o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista de forma a alcançar o nível de perita (Benner, 2001) na área da pessoa idosa, através da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no local de implementação do projeto, defini como objetivos gerais do meu estágio: contribuir para a prevenção da infecção a *C. difficile* e das suas complicações em contexto de internamento na pessoa idosa, tendo por base cuidados de enfermagem assentes num modelo de trabalho em parceria promotor da autonomia dos idosos (Gomes 2002). Para cumprir este objetivo torna-se necessário desenvolver competências na identificação das potencialidades e necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver as intervenções de enfermagem em parceria com o idoso e família.

Além das competências de enfermeiro especialista na área de cuidados à pessoa idosa, este projeto permite-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios que são definidos pela OE (2010), nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade.

O projeto foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2007), com as várias fases: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos e planeamento de atividades/estratégias, realizada no 2º semestre na Unidade Curricular Opção II, ficando a etapa da execução, avaliação e divulgação de resultados para o 3º e último semestre (estágio) a transcrever no presente relatório. Começarei por apresentar o enquadramento conceptual, o diagnóstico da situação/problema, e finalmente o planeamento do trabalho de campo, objetivos gerais e específicos e estratégias para responder aos objetivos e os indicadores de avaliação.

Para a elaboração deste relatório foram seguidas as Normas da American Psychological Association (APA), nas suas versões da 5ª e 6ª edição.

1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO / PROBLEMA/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Em Portugal, o número de casos de infeção por *C. difficile* tem vindo a aumentar (Vieira et al., 2010). Esta bactéria é um problema nos doentes cada vez mais idosos e debilitados devido ao aumento da esperança de vida (DGS, 2009). No nosso país, os estudos epidemiológicos são escassos, mas sabe-se que a diarreia associada a *C. difficile* (DACD) é uma infeção frequente nas instituições hospitalares e que o aumento da sua incidência se tem vindo a verificar também em instituições sociais e lares de idosos. De acordo com a CCI do hospital CL, a incidência desta infeção, até meados de 2007 apresentava valores baixos, tal como no resto do país (Vieira et. al., 2010) e não constituía motivo de preocupação. No entanto em 2008 atingiu valores próximos de 80 casos de DACS por 10000 internamentos. Desde essa data a incidência manteve-se em níveis elevados apresentando em 2011 valores de 44,5/10000 (CCI do hospital CL). Dos doentes com *C. difficile*, 77% tinham mais de 65 anos e destes 62% estavam em serviços de medicina. Em 2012, no primeiro trimestre verificou-se novo aumento (68,3/10000). Desconhece-se a causa, embora a sobrelotação a que os serviços de medicina do hospital CL estiveram sujeitos nesse período, possa ter contribuído. A sobrelotação dos serviços e o excesso de trabalho não incentivam as boas práticas tais como a higiene das mãos (Larson & Killien, 1982).

Os enfermeiros devem promover a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro centrado no doente (OE, 2010) pelo que a prevenção das IACS é uma responsabilidade que não podem descurar tendo também um papel importante na sua divulgação à restante equipa multidisciplinar. No entanto, as indicações destinadas a prevenir a transmissão dos microrganismos, como as medidas de isolamento, têm repercussões no bem-estar dos doentes idosos e famílias. Os enfermeiros devem desenvolver esforços no sentido de minimizar o impacto negativo respeitando a individualidade da pessoa, a sua autonomia e o seu projeto de vida.

O serviço de medicina onde realizei o estágio possui 21 camas e recebe anualmente cerca de 1100 doentes. Em 2011 foram internados 1060 doentes com média de idades de 71,8 anos (min 17, max. 99). A maioria provinha do domicílio (79%) e cerca de 13% de lares de idosos. A demora média foi de 8,6 dias. Dos doentes internados, 9,8% faleceram. Neste serviço, à entrada é feita a avaliação do risco de quedas e de desenvolver úlceras de pressão (escala de Braden, validada para Portugal

em 2001). O serviço tem uma equipa de enfermagem de 17 enfermeiros: a enfermeira chefe com especialidade em adulto e idoso com doença crónica (CESE PAIDC), uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e 15 enfermeiros, todos eles jovens com média de idades de 27 anos. Tem também 6 médicos da equipa permanente (esta equipa encontra-se sempre reforçada com médicos internos do ano comum e da especialidade) e 12 assistentes operacionais. É dos serviços de medicina do hospital CL, que ao longo dos anos tem tido maior número de casos de doentes com infeção a *C. difficile*. Em 2010 e 2011 houve 34 casos dos quais apenas três doentes não eram idosos. A média de idades foi de 79,2 anos (dados da CCI do hospital CL). No primeiro semestre de 2012, houve, 12 casos de DACD em idosos com média de idades de 81,6 anos. A origem provável da infeção foi o próprio serviço em 50% dos casos, 5 de lares de idosos, e uma de outro hospital. Estes casos continuam a ser motivo de preocupação para os profissionais do serviço e para a CCI.

Durante o 2º semestre na Unidade Curricular Opção II, pude confirmar alguns problemas relacionados com o controlo de infeção através da observação e de entrevistas informais com a enfermeira chefe e com os enfermeiros. Destaco os seguintes: os enfermeiros usavam equipamento de proteção individual (EPI) no contato com o doente com infeção tal como recomendado pela CCI, mas por vezes também usavam máscara (não recomendado) o que dificulta a comunicação, principalmente com doentes com audição reduzida como é frequente acontecer com os idosos. Os enfermeiros por vezes aconselhavam as visitas/familiares a colocar EPI, mas outras vezes não o faziam referindo insegurança na informação prestada. Pude constatar nas observações que efetuei que as visitas com o EPI colocado tocavam no ambiente inanimado à sua volta, muitas vezes fora da sala, nos seus objetos pessoais e também no próprio corpo. Esta realidade foi também denunciada pelos enfermeiros. Os familiares/visitas por vezes ficavam assustados com o equipamento de proteção e associavam-no à gravidade da doença da pessoa que visitavam. Quando era necessário transferir o doente de sala, tanto este como as visitas ficavam ansiosos e por vezes aceitavam a explicação do motivo com dificuldade. Quando o doente tinha alta, os familiares manifestavam preocupação relacionada com a saúde do agregado familiar em casa, os enfermeiros referiam ter dificuldade no aconselhamento em relação a esta situação.

A par das medidas destinadas a prevenir a infeção a *C. difficile* e as suas

complicações em contexto de internamento na pessoa idosa, detetou-se a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para conhecerem as preocupações dos doentes idosos e famílias e interagir em parceria com eles de forma estruturada passando por várias fases: revelar-se, envolver-se, comprometer-se, capacitar/possibilitar e permitir assumir ou assegurar o cuidado de Si, tendo por base cuidados de enfermagem assentes num modelo de trabalho em parceria promotor da autonomia dos idosos (Gomes, 2009).

O *C. difficile* é causa de inúmeros surtos não só nos hospitais mas também nos lares de idosos em vários países (Laffan, Bellantoni, Greenough & Zenilman, 2006). A institucionalização nestes locais é um fator de risco identificado para a infeção a *C. difficile*, provavelmente por os indivíduos em causa serem mais velhos e estarem expostos a antibióticos, administrados na maioria das vezes de forma empírica, já que o acesso a exames bacteriológicos nestas instituições não está facilitado (Vaishnavi, 2009; Manian et. al., 2007). Por vezes os idosos vindos de lares são internados no hospital CL com sinais e/ou sintomas de infeção a *C. difficile* mas os enfermeiros não são alertados. Quando se confirma o diagnóstico, já existem casos de outros doentes com diarreia. Tinha também acontecido recentemente que um desses lares recebeu doentes do hospital CL que desenvolveram infeção a *C. difficile* pouco tempo depois e a transmitiram a outros idosos. Não havia contactos estabelecidos com os enfermeiros dessa instituição. No sentido de minimizar este problema pareceu-me importante dedicar um pequeno período do meu estágio (duas semanas) ao referido lar, de forma a contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais desta instituição para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a *C. difficile*. Acresce que este lar é aquele que mais recebe/envia idosos para o hospital CL.

O lar em causa é uma IPSS (instituição particular de solidariedade social) implantada numa quinta com cerca de 70000 metros quadrados. Dispõe de 3 valências: apoio domiciliário (19 idosos), lar (277 idosos) e residências assistidas (57 idosos). Numa primeira fase o enfermeiro chefe acompanhou-me na visita à instituição. O lar tem 6 setores um dos quais o “setor de apoio a dependentes”, com capacidade para 85 residentes sendo constituído por 24 quartos triplos e 2 duplos sem instalações sanitárias (IS), 5 quartos individuais com IS e uma sala “SO” com 3 camas e sem IS. Neste “setor de apoio a dependentes”, existem 2 blocos sanitários, um para homens e outro para mulheres e IS de apoio. Esta instituição possui uma equipa de 14 enfermeiros, 10 a tempo inteiro e 4 com 20 horas semanais, além do enfermeiro chefe.

Este tem ainda a seu cargo a gestão de 44 ajudantes de ação direta (AAD). Possui também 2 médicos e 2 fisioterapeutas, além de animadores socioculturais e um psicólogo. As camas dos quartos triplos não têm a distância regulamentar (mínimo 90 cm) entre elas, o que faz com que, ao prestar cuidados, os profissionais fiquem encostados à cama do lado. Além disso a privacidade dos idosos é mínima e a transmissão de microrganismos fica facilitada. Um dos problemas é a escassez de IS neste setor, tornando difícil recorrer ao banho assistido. Ao tentar perceber como se fazia a descontaminação das arrastadeiras, fui informada que estas não existem, pois os idosos que não se levantam, urinam e evacuam na fralda. Esta situação contribui para a manutenção ou instalação de incontinência e não favorece a autoestima dos idosos. Estes residentes do “setor de apoio a dependentes”, encontram-se mais debilitados, com mais necessidades de cuidados de enfermagem que na sua grande maioria são prestados pelos AAD devido à escassez de enfermeiros. Estes preparam e/ou orientam a preparação da terapêutica e administram-na, sendo esta intervenção a que lhes ocupa mais tempo. São preparadas caixas para 7 dias. Outra das intervenções diz respeito aos pensos de feridas geralmente de úlceras de pressão. Os enfermeiros trabalham “à tarefa” o que não facilita a individualização dos cuidados. O enfermeiro chefe diz já ter feito uma tentativa de prestar cuidados individualizados, mas o número de enfermeiros não é suficiente. Os AAD asseguram os aspetos relacionados com a higiene, com a eliminação e com a alimentação dos idosos.

Paradoxalmente os residentes têm um processo clínico informatizado, que prevê a utilização de vários instrumentos de avaliação de idosos, como a avaliação do risco de úlceras de pressão (Escala de Braden), risco de quedas (Morse), nível de consciência (Índice de Glasgow), atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton & Brody) e a escala da dor. Esta está a ser aplicada com alguma regularidade. Numa primeira fase tive oportunidade de contactar com os profissionais e identificar as dificuldades sentidas na gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infecção a *C. difficile*, a fim de contribuir para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o modo de transmissão e precauções a implementar. Fui muito bem recebida pois já tinham identificado algumas lacunas no conhecimento sobre esta infecção. Os casos de idosos infetados, também nas residências assistidas, fazia pensar na possibilidade de existir higiene deficiente das mãos principalmente antes das refeições.

Perante a problemática explicitada e o diagnóstico da situação, foi estabelecida

como **finalidade deste projeto**:

Contribuir para a prevenção da infeção a *C. difficile* e das suas complicações em contexto de internamento na pessoa idosa tendo por base um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa promotor da autonomia dos idosos (Gomes 2002).

Para ir ao encontro desta finalidade, foram definidos os seguintes objetivos:

1.1 Objetivos gerais

1.1.1 Reduzir o impacto do isolamento de contacto na pessoa idosa infetada com *C. difficile* e família, em contexto hospitalar.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as potencialidades e necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver as intervenções de enfermagem em parceria com o idoso e família.
- ✓ Contribuir para a melhoria da resposta da equipa às necessidades do doente idoso e família decorrentes do isolamento de contacto recomendado pela CCI, tendo por base uma intervenção em parceria.

1.1.2 Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção a *C. difficile* do doente idoso em contexto hospitalar.

Objetivos específicos:

- ✓ Avaliar as práticas da equipa multidisciplinar referentes à prevenção e controlo de infeção nomeadamente a infeção cruzada de *C. difficile*, de forma a detetar necessidades formativas.
- ✓ Promover a deteção precoce dos sinais, sintomas e fatores de risco para a infeção a *C. difficile*.
- ✓ Avaliar os fatores relacionados com a prevenção e controlo de infeção que podem influenciar a construção de um processo de parceria efetivo com o idoso e família de forma a planear e desenvolver as intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de si.

1.1.3 Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais do lar de idosos que mais recebe/envia idosos para o hospital para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a *C. difficile*.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais na gestão dos casos de suspeita ou confirmação dos casos de infeção a *C. difficile* e contribuir para o esclarecimento das dúvidas em relação ao modo de transmissão e precauções a adotar.
- ✓ Sensibilizar os idosos residentes para a importância da lavagem das mãos principalmente antes das refeições.
- ✓ Contribuir para a melhoria da comunicação entre o lar e o hospital nos casos de suspeita ou confirmação de infeção a *C. difficile*.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para haver uma maior compreensão do fenómeno de enfermagem, foi necessário clarificar conceitos e aprofundar alguns aspetos relacionados com a temática. Para isso recorreu-se à revisão narrativa e sistemática da literatura como forma de enquadrar a problemática de acordo com a evidência científica existente e de suportar as nossas intervenções no desenvolvimento do projeto. Foram analisadas as questões relacionadas com o processo de envelhecimento e suas implicações relativas à hospitalização, tais como a IACS, um dos eventos iatrogénicos mais frequentes nos quais se inclui a infeção a *C. difficile*. Quisemos conhecer os aspetos relacionados com os fatores de risco, as vias de transmissão e as medidas recomendadas para a prevenção desta infeção, e como tema central, aprofundar o entendimento acerca do impacto do isolamento de contacto no bem-estar do idoso hospitalizado e família e o modo como pode influenciar as transições que o idoso enfrenta. A compreensão do conceito de parceria, a génese do modelo de intervenção de enfermagem “O cuidado de Si”, (Gomes, 2009) torna-se fundamental para sabermos como agir perante a pessoa idosa que se encontra doente, sujeita aquele tipo de isolamento, de modo a facilitar um processo de transição saudável.

2.1 O processo de envelhecimento

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Até 2050 haverá dois biliões de pessoas com mais de 60 anos sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005). Em Portugal o forte envelhecimento da população constitui um dos aspetos mais marcantes da evolução demográfica recente. Em 2011 os idosos recenseados com 65 ou mais anos constituíam 19,1% da população e os jovens dos 0 aos 14 anos apenas 14,9% (INE, 2012). Estas alterações demográficas do último século, que refletem o envelhecimento da população, trouxeram não só aos governos mas também à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (MS, DGS, 2004). Paralelamente observa-se uma mudança na forma de conceber as relações entre gerações, assiste-se ao distanciamento geográfico, à mudança da estrutura da família tradicional com a sua configuração habitual, a mulher entra no mercado de trabalho e deixa de estar disponível para assumir o papel de cuidadora no seio da família. Modificam-se as estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade

de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas. Muitas das responsabilidades outrora do domínio familiar passam a pertencer ao Estado, exigindo-se que este crie medidas e equipamentos de resposta às necessidades complexas dos idosos. A par do envelhecimento as doenças crónicas irão também aumentar o que coloca sérios desafios para os sistemas de saúde, para as famílias e para a sociedade em geral. Por outro lado, as doenças crónicas podem ser adiadas e muitos dos “marcadores” do envelhecimento podem ser modificados (Fries,1980). O tempo que decorre entre o nascimento e a primeira doença crónica pode ser alargado e o tempo médio da doença deverá decrescer. O envelhecimento é um processo dinâmico, caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu meio ambiente (Robert, 1995). De acordo com Watson (2008), o envelhecimento é fácil de observar mas difícil de explicar e compreender. Dá o exemplo da teoria da hemóstase que se baseia no facto de, com a idade sermos menos capazes de regular o ambiente interno como a temperatura corporal ou a quantidade de água e minerais do organismo, sem que no entanto se compreendam as razões para isso. Fries (1980) já se referia à hemóstase como um conjunto de mecanismos compensatórios em vários órgãos incluindo o coração, rins, pulmões e fígado. No adulto jovem a capacidade funcional dos órgãos humanos seria 10 vezes o requerido para a manutenção da vida, reserva essa que permitiria ao organismo restabelecer a hemóstase quando sujeito a tensões ameaçadoras. Com a idade haveria uma diminuição das reservas assim como da hemóstase, o que faria com que a mais pequena perturbação impedisse o seu restabelecimento. O resultado inevitavelmente seria a morte mesmo na ausência de doença. Indo ao encontro de Kirkwood, Watson (2008), diz-nos que a explicação para um mecanismo comum para o envelhecimento que afete as células, órgãos, tecidos e sistemas poderia residir nos nossos genes. De facto as teorias genéticas têm vindo a ganhar força e em 2009, Blackburn, Greider e Szostak receberam o Nobel de Fisiologia ou Medicina (Scientific American, 2009) para a descoberta do modo como os cromossomas são protegidos por telómeros. Segundo estes pesquisadores, com o envelhecimento os telómeros ficam mais curtos, pois a produção da enzima telomerase perde a sua eficácia com o tempo e quando deixa de ser produzida a célula não se consegue dividir, torna-se senescente e morre. Deste modo, a funcionalidade de um corpo mais velho pode ser comprometida pela senescência de um certo conjunto de células. Por exemplo a cicatrização de uma ferida, a nível local pode ser dificultada

pela redução do número de células disponíveis para a construção de tecidos novos e a diminuição do número de certo tipo de leucócitos pode contribuir para o declínio da imunidade associado ao envelhecimento o que aumenta a vulnerabilidade do idoso a eventos iatrogénicos tais como as IACS.

2.2 Iatrogenia e Infeções Associadas aos Cuidados de saúde (IACS)

Iatrogenia significa um efeito clínico nefasto resultante de um tratamento médico prescrito para uma doença. Deriva do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem, causa), (Grande Dicionário da Língua Portuguesa, 2004). A doença iatrogénica representa um dos aspetos críticos dos cuidados de saúde, constituindo um problema de saúde pública. Estudos efetuados mostram que os doentes com mais de 65 anos apresentam um risco duas vezes maior de sofrer de iatrogenia durante o internamento do que os doentes mais novos (Szlejf, Farfel, Saporetti, Jacob-Filho & Curiati, 2008). A iatrogenia de causa medicamentosa é, de todos os tipos de iatrogenias, a mais frequente (Szlejf et. al., 2008; Direção-Geral da Saúde [DGS], Departamento da Qualidade na Saúde [DQS], n.d.), a mais extensamente estudada e ocorre essencialmente no idoso polimedicado que sofre de uma ou mais doenças crónicas. É muitas vezes motivo de internamento no hospital onde podem ocorrer variados tipos de iatrogenias, não só associadas aos medicamentos, mas também à imobilidade, às quedas e às práticas dos profissionais, tais como as infeções (DGS, DQS, n.d.). A hospitalização aumenta de forma significativa o risco de desencadear ou aumentar o declínio funcional dos idosos, particularmente os mais frágeis (Gill, Allore, Gahbauer & Murphy, 2010). Os eventos iatrogénicos em doentes idosos estão diretamente associados a taxas de mortalidade hospitalar mais elevadas (Szlejf et. al., 2008). Este problema levou o DQS à criação do “Observatório de Segurança do Doente” que tem como objetivo principal a compilação e análise dos dados necessários para conhecer os problemas relacionados com a segurança na prestação dos cuidados de saúde, assegurando o desenvolvimento das medidas preventivas adequadas (DGS, DQS, n.d.). De entre estas situações iatrogénicas, as IACS assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. Atingem nos países desenvolvidos, 7 a 10% dos doentes admitidos nos hospitais e nos países em desenvolvimento podem atingir 25%. A incidência é maior nos grupos etários mais elevados (Avci, Ozgeng, Coskuner, Olut, 2012; Paillaud et. al., 2005; Boas & Ruiz, 2005; Ribas, 2003). Um estudo feito numa

amostra representativa de hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) entre 1970 e 1976 (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Surveillance) revelou que, com programas adequados de controlo de infeção, cerca de um terço das IACS são seguramente evitáveis (Haley et al., 1985). Os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel preponderante no aumento da longevidade mas os doentes tornaram-se mais vulneráveis às múltiplas IACS, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e a internamentos repetidos. O tratamento com antibióticos interfere profundamente no ecossistema microbiano e quando isto ocorre em ambiente hospitalar onde o hospedeiro se encontra debilitado, a sua flora indígena é substituída por outras bactérias geralmente mais resistentes e mais virulentas que colonizam o indivíduo (Weinstein, 1981). Se houver condições favoráveis podem provocar infeções. As IACS aumentam o tempo de internamento e a mortalidade, principalmente nos doentes idosos (Paillaud et al., 2005; Boas & Ruiz, 2005). Em Portugal, o Inquérito de Prevalência Nacional (IPN) das IACS de 2009, revelou uma prevalência global de 11,3%. Constatou-se que os doentes com mais de 60 anos tinham maiores taxas de infeção, com diferenças estatisticamente significativas no grupo de mais de 79 anos (14,3%) (DGS, 2009a). Também no IPN de 2010 a prevalência das IACS foi de 11,7% e no grupo etário de 60 e mais anos de 14,9% (DGS, 2010). As IACS são um flagelo para os sistemas de saúde e impõem encargos desnecessários aos doentes e famílias. A infeção a *C. difficile* é uma IACS que nos últimos anos reemergiu com maiores repercussões a nível da morbilidade e mortalidade (Caras, Bradshaw, Maamúdi, & Henocho, 2010), tornando-se um problema grave de saúde pública (King & Lager, 2011).

2.2.1 O idoso com diarreia iatrogénica por infeção a *C. difficile*

Há menos de 20 anos a incidência da infeção a *C. difficile* era muito baixa e poucos profissionais de saúde tinham ouvido falar deste microrganismo (Nazarko, 2009). Pensa-se que as causas da reemergência desta bactéria se relacionem com o aparecimento de estirpes mais virulentas e com o envelhecimento da população (Caras & al, 2010). Em 1935, Hall and O'Toole isolaram uma bactéria Gram positiva anaeróbia produtora de toxinas, nas fezes de recém-nascidos saudáveis. Chamaram-lhe *Bacillus difficilis* devido à dificuldade que encontraram no seu isolamento e cultura em

laboratório (Kelly & LaMont, 2008). Atualmente o problema é o oposto e confrontamo-nos com a dificuldade em sustentar o crescimento e disseminação desta bactéria agora chamada *C. difficile*, a qual é reconhecida como o principal agente etiológico de diarreia de origem infecciosa dos doentes hospitalizados no mundo desenvolvido devido à terapêutica antimicrobiana, principalmente em doentes idosos (Kelly & LaMont, 2008; Caras, Bradshaw, Maamúdi, Henoch, 2010). Os microrganismos comensais presentes no intestino grosso formam um sistema ecológico muito eficaz constituindo uma importante defesa para o hospedeiro, protegendo-o das bactérias que geralmente causam diarreia como é o caso do *C. difficile*. Os antibióticos, ao promover a alteração da flora intestinal (Ratnaik, & Jones, 1998) anulam o seu efeito protetor. Por outro lado, com o envelhecimento, diminui a qualidade e proporção das células T e, conseqüentemente, a produção da IGA secretória a resposta imunológica primária do intestino. O mesmo acontece com a produção de ácido no estômago comprometendo a sua função de destruir os microrganismos e aumentando o risco de diarreia infecciosa. Para a diminuição do pH do estômago contribuem medicamentos como os inibidores da bomba de prótons, o que associado à diminuição da motilidade gástrica e intestinal que se verifica com o avanço da idade leva a um crescimento excessivo das bactérias e a um risco acrescido de diarreia (Ratnaik, & Jones, 1998; Vaishnavi, 2009). Nos EU a prevalência de doentes internados que tiveram infeção a *C. difficile* duplicou entre 1999 e 2005 de 37.6 para 76.9 episódios/10.000 doentes e em 2008, a taxa era de 131 casos/10.000 (King & Lager, 2011). No Reino Unido, em 2007, as estatísticas mostravam que nas certidões de óbito de 8324 doentes era mencionado o *C. difficile* e em 55% tinha sido a causa de morte (Nazarko, 2009). Segundo o CDC (Vital Signs, 2012) a mortalidade aumentou 400% nos EU, de 2000 para 2007 e cerca de 90% das mortes ocorreram em indivíduos com mais de 65 anos. A mortalidade nos idosos frágeis institucionalizados pode atingir mais de 25% (Cash 2011). Além do aumento de mortalidade a infeção a *C. difficile* está associada a maior demora média de internamento e a maiores custos hospitalares como ficou demonstrado num grande estudo de impacto económico efetuado por Pakyz et al. (2011) em vários hospitais dos EUA. Em Portugal, também o número de casos de infeção por *C. difficile* tem vindo a aumentar. Esta bactéria é um problema nos doentes, cada vez mais idosos e debilitados, devido ao aumento da esperança de vida (DGS, 2009). No nosso país, os estudos epidemiológicos são escassos, mas sabe-se que a diarreia associada a *C.*

difficile (DACD) é uma infecção frequente nas instituições hospitalares e que o aumento da sua incidência se verifica também em instituições sociais e lares de idosos.

2.2.2 Fatores de risco e patogenia da infecção

A idade avançada é um dos fatores de risco mais importante para o aparecimento desta infecção (Vital Signs, 2012; Cohen et al., 2010; Manian et al., 2007). Por cada ano após os 18, o risco de adquirir uma IACS por *C. difficile* aumenta aproximadamente 2% (Loo et al., 2011). A exposição a antimicrobianos é reconhecida como o fator desencadeante mais importante (Loo et al., 2011; Cohen et al., 2010; Manian et al., 2007). Mais de 90% destas infecções ocorrem durante o tratamento com antibióticos (Vaishnavi, 2009). Todos os que perturbem a flora intestinal são fatores de risco para a infecção (Barnett, 2012). O uso de inibidores de bomba de prótons é outro importante fator de risco tanto para a infecção como para a colonização (Loo et al., 2011; Monge et al., 2011; Vaishnavi, 2009) nos hospitais e nos lares de idosos (Teramura-Grönblad, Hosia-Randell, Muurinen & Pitkala, 2010). Kings & Lager (2011) encontraram uma associação ainda mais evidente entre a infecção e o uso destes medicamentos quando associados aos antimicrobianos. As doenças subjacentes, o internamento prolongado nos hospitais ou a institucionalização em lares de idosos, foram outros fatores de risco identificados para a infecção a *C. difficile*, provavelmente por os indivíduos em causa serem mais velhos e estarem mais expostos a antibióticos (Vaishnavi, 2009; Manian et al., 2007). O *C. difficile* tem a capacidade de formar esporos que resistem à acidez do estômago e chegam ao intestino onde, nas pessoas saudáveis, podem permanecer sem causar doença (Cash 2011). No entanto, quando a flora intestinal é destruída, germinam para a forma vegetativa, replicam-se e produzem toxinas. Estas lesam as células que revestem o intestino causam inflamação que pode ser severa com diarreia grave ultrapassando 20 dejeções por dia. Por vezes causam ulcerações, que associadas ao exsudado inflamatório podem detetar-se na colonoscopia sob a forma característica de membranas, daí o nome de colite pseudomembranosa. Na forma mais grave, pode evoluir para megacólon tóxico, sépsis e morte (Cash 2011; Nazarko, 2009; Monaghan & Boswell, 2008; Sunenshine, 2007; McDonald, 2006). Os sinais/sintomas podem incluir, além da diarreia com cheiro fétido, desconforto e plenitude abdominal, leucocitose e febre (Grossman & Mager, 2010). As complicações da infecção incluem a desidratação, malnutrição e incontinência fecal,

esta com uma associação estatisticamente significativa com a severidade da doença (Kyne et al., 1999). Pode também levar a desequilíbrios eletrolíticos como a hiponatremia e a hipocaliemia e fadiga intensa. É causa frequente de alterações da integridade da pele da área perineal (Itano et al. 2005) incluindo dermatite de contacto principalmente quando são utilizadas fraldas ou absorventes para conter as fezes diarreicas (Shigeta et al., 2009). A recorrência é uma sequela comum da infecção a *C. difficile* e pode aumentar a morbidade, os custos e a resistência aos antimicrobianos relacionados com o seu tratamento. A taxa de recorrência é variável mas foram encontrados valores entre 21,7% e 53% em estudos efetuados por Laffan, Bellantoni, Greenough & Zenilman, (2006) e por Tal et al., (2002) com idosos hospitalizados. Neste estudo os fatores de risco para a recorrência foram a incontinência fecal e o tratamento com antagonistas H2. A duração da hospitalização foi significativamente maior nos doentes com recorrência do que os que tiveram apenas um episódio de infecção, o que significa maior exposição às complicações da hospitalização. Num outro estudo retrospectivo elaborado por Cober & Malani (2009) num grande hospital, com doentes com mais de 80 anos com infecção a *C.difficile*, a mortalidade aos 90 dias foi de 17,1%, a ocorrência de megacólon de 4,3% e a colectomia de 2,9%. Este estudo veio ainda alertar para a influência desta infecção no declínio funcional dos idosos internados. Foi observado que, dos que eram independentes para as suas AVD antes da admissão, 34,3% apresentavam défice de mobilidade e de declínio funcional na altura da alta o que motivou a institucionalização. Os autores verificaram que 34,7% dos doentes adquiriram a infecção durante o internamento o que demonstra o peso da transmissão cruzada. A suspeita de infecção determina que seja pesquisada a presença de fatores de risco. A pesquisa de toxinas da bactéria nas fezes através de métodos imunoenzimáticos é muitas vezes usada por fornecer resultados rápidos (3 a 4 horas). Estes testes têm boa especificidade mas baixa sensibilidade (63% a 99%) o que origina resultados falso negativos. As fezes líquidas devem ser rapidamente entregues no laboratório pois a sua permanência em temperatura ambiente pode também produzir estes resultados (Grossman & Mager, 2010).

2.2.3 Prevenção da transmissão cruzada

O contacto representa a principal via de transmissão que resulta da disseminação pessoa a pessoa por via fecal-oral, principalmente em doentes internados. O motivo

pelo qual a transmissão do *C. difficile* é difícil de controlar, deve-se à sua forma esporulada com capacidade de resistência à maioria dos desinfetantes, sobrevivendo no ambiente durante meses ou mesmo anos. É causa de inúmeros surtos nas instituições hospitalares e também nos lares de idosos. Os esporos são libertados nas fezes diarreicas contaminando o ambiente que rodeia o doente, sendo depois transportados pelas mãos dos profissionais ou dos próprios doentes e ingeridos. Várias organizações internacionais tais como "European *C. difficile*-Infection Control Group" e o "European Centre for Disease Prevention and Control" (ECDC) recomendam medidas destinadas a prevenir a transmissão da infeção cruzada que focam principalmente a higiene das mãos e o isolamento de contacto (Vonberg et al., 2008) que está indicado para todos os microrganismos transmissíveis por esta via. Inclui o isolamento dos doentes infetados em quartos individualizados ou em "coorte" (grupos de doentes com infeção pelo mesmo microrganismo) e o uso de EPI (luvas e bata) quando se prestam cuidados ao doente. O isolamento em quarto individual facilita o cumprimento das medidas preconizadas. É sabido que o nível de adesão da higiene das mãos é mais elevado quando os profissionais de saúde prestam cuidados a doentes em isolamento, principalmente após a saída do quarto (Morgan et al., 2013; Kirkland et al., 1999). As mãos devem ser higienizadas com água e sabão após cada contacto com o doente ou a sua unidade pois o álcool não destrói os esporos. A descontaminação do ambiente inanimado com desinfetantes apropriados é, no caso desta bactéria, uma medida importante (Vonberg et al., 2008). As Comissões de Controlo de Infeção (CCI) dos hospitais, perante a ocorrência de casos de infeção a *C. difficile*, apoiam os serviços onde os doentes estão internados avaliando o risco de transmissão e indicando as medidas adequadas a cada caso. A CCI do hospital CL, publicou em 2008 um conjunto de recomendações que se encontram resumidas na tabela 1. Nas instituições de apoio aos idosos geralmente não existem CCI pelo que o controlo destes surtos é muito difícil, atingindo muitas vezes um grande número de idosos (Simor, Bradley, Strausbaugh, Crossley, Nicolle, 2002).

De todas as infeções a *C. difficile*, 94% estão relacionadas com os cuidados de saúde e são potencialmente preveníveis reduzindo o consumo de antibióticos, detetando precocemente os casos de infeção e interrompendo a sua transmissão. Segundo o CDC (Vital Signs, 2012), estudos atuais demonstraram uma redução nas taxas de infeção a *C. difficile*, em menos de 2 anos com a implementação de projetos

de controlo de infeção e melhor política de antibióticos (cerca de 20% nos EU e de um terço em Inglaterra).

Tabela 1 - Resumo das recomendações da CCI do hospital CL 2008

	<i>C. difficile</i>
Via de Transmissão	Contacto (fecal-oral)
Reservatório	Intestino
Quarto individual	Fortemente recomendado. Se não for possível, fazer “coortes” com outros doentes com <i>C. difficile</i>
Bata/avental	Contacto direto c/ o doente ou sua unidade
Luvas	Contacto direto com o doente ou locais sujeitos a contaminação fecal.
Máscara	Sem indicação específica
Higiene das mãos	Lavar com água e sabão (álcool não destrói esporos)
Visitas	Não devem contactar com outros doentes ou com as suas unidades. Devem lavar as mãos após sair da unidade. <u>Não é necessário uso EPI exceto em situações muito particulares.</u>
Equipamento/material clínico	Individualizar sempre que possível (principalmente arrastadeira e bacia de higiene). Usar “sacos de arrastadeira”.
Descontaminação do ambiente (após lavagem)	<u>Superfícies resistentes ao cloro</u> - Pastilhas NaDcc, 2500 ppm <u>Colchões, almofadas e outras superfícies não resistentes ao cloro</u> – Desinfetante esporicida em pulverizador.

A deteção precoce dos casos de infeção a *C. difficile* implica que, logo na admissão do doente, seja feita uma colheita de dados cuidada. Deve ter-se em conta que os doentes admitidos nos hospitais e que já estão infetados podem ser a fonte de infeção de outros doentes, particularmente dos mais idosos e mais frágeis. Nos EU cerca de metade dos doentes internados com *C. difficile* vêm já infetados (Vital Signs, 2012). Quando o doente é transferido para o hospital é frequente os profissionais de saúde não serem informados da infeção pelo que, muitas vezes, não tomam as precauções necessárias para evitar a transmissão. Os enfermeiros devem estar atentos para a presença de fatores de risco (Nazarko, 2009) principalmente a idade avançada, a proveniência de lares de idosos, internamentos prolongados recentes, o uso de antibióticos e de inibidores da bomba de prótons e também a partilha de instalações com outro doente infetado. As medidas de controlo de infeção devem ser implementadas mesmo antes do diagnóstico ser confirmado. A colheita de fezes para pesquisa de toxinas deve ser efetuada se houver suspeita. Se possível, a medicação que causa a diarreia deve ser descontinuada. Além dos fatores de risco para a infeção a *C. difficile*, deve ser pesquisada a presença de sinais e sintomas. A maior complicação da diarreia aguda é a desidratação (Cash, 2011). Por vezes esta pode ter instalação rápida e haver necessidade de reposição endovenosa de fluidos. Devem ser

investigadas outras causas de diarreia além da infecciosa, como as relacionadas com outra terapêutica medicamentosa que não os antibióticos, ou dieta desadequada (Nazarko, 2009). A diarreia pode agravar ou desencadear incontinência fecal, principalmente no idoso e deve merecer atenção redobrada por parte do enfermeiro. A incontinência fecal associada à diarreia é um sintoma e não uma doença e é importante que a pessoa seja avaliada e que as causas sejam esclarecidas (Nazarko, 2007). Não só na admissão mas também durante o internamento o estado da pele deve ser avaliado regularmente, principalmente a região perineal. O uso de fraldas para conter a diarreia pode levar a lesões na pele, incluindo dermatite de contacto pelo que o seu uso deve ser cuidadoso (Shigeta et al., 2009). O doente com diarreia necessita de frequentes lavagens da zona perineal com sabões suaves e cremes protetores (Nazarko, 2009). É preciso ter em conta que a pessoa com diarreia geralmente sente embaraço, seja por causa do odor, da incontinência ou devido à necessidade de cuidados frequentes. Num estudo efetuado por Majid, Emery & Whelan (2008), com o objetivo de estudar a perceção dos profissionais e dos doentes acerca da diarreia, a incontinência e a frequência foram as características que os doentes mais referiram como desagradáveis, ao passo que os enfermeiros referiram a mudança da “roupa interior” e o odor. O significado da experiência será diferente consoante a pessoa que a vive. O que, para uns pode ser apenas um episódio sem grande importância, para outros pode ser muito traumatizante. É importante conhecer a perspetiva do doente manter a sua dignidade apoiando-o a ele e à família.

2.2.4 O impacto das medidas de isolamento de contacto no bem-estar dos idosos e famílias.

A implementação de medidas de isolamento de contacto, sendo importante para o controlo da infeção, como é exemplo o aumento do nível de adesão da higiene das mãos dos profissionais de saúde nos cuidados aos doentes isolados (Morgan et al., 2013; Kirkland et al., 1999), pode no entanto influenciar negativamente o bem-estar do doente e família. Sendo este um tema pouco abordado quando se discute a implementação de medidas de controlo da infeção, consideramos indispensável efetuar uma revisão da literatura, suportada numa revisão sistemática, que desse resposta à seguinte questão: “Qual o impacto do isolamento de contacto no bem-estar do idoso hospitalizado e família?” (apêndice 1).

Nos 12 artigos seleccionados, após terem sido excluídos os que não obedeciam aos critérios de inclusão, foram vários os temas que se destacaram. Alguns autores investigaram a influência do isolamento de contacto no comportamento dos profissionais de saúde e verificaram que quando os doentes são colocados em isolamento de contacto, os profissionais passam menos tempo com eles e entram menos vezes no quarto (Morgan et al., 2013; Abad, Fearday & Safdar, 2010). Esta realidade é percebida pelos doentes como tendo menos atenção por parte dos enfermeiros (Newton et al., 2001) e pode levar a sentimentos de revolta, raiva e frustração (Abad, Fearday & Safdar, 2010). Foi demonstrado por alguns autores que os doentes sob isolamento de contacto tinham níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Catalano et al., 2003; Gammon, 1998), embora outros não tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas (Findik et al., 2012; Day et al., 2011). Nos doentes isolados parece haver uma tendência para níveis de depressão mais elevados nas mulheres com menores recursos financeiros e com mais baixo nível de escolaridade (Findik et al., 2012). Day et al. (2012), verificaram que os doentes sob este tipo de isolamento tinham maior risco de delírio principalmente quando eram colocados sob isolamento no decorrer do internamento e não imediatamente após a admissão. Por outro lado os profissionais de saúde parecem ter dificuldade em detetar os sinais de depressão nos doentes isolados, pelo que estes muitas vezes não são tratados adequadamente, nem lhes é dada a devida atenção (Davies & Rees, 2000; Rees, Davies, Birchall & Price, 2000). Gammon (1998) comprovou que a hospitalização, só por si, influencia de forma negativa o bem-estar psicológico e os mecanismos de *coping*. Este autor encontrou nos doentes isolados por infeção, além de níveis significativamente mais elevados de *stress*, ansiedade e depressão, níveis mais baixos de auto estima e perceção de autocontrolo da sua situação. O isolamento de contacto está também associado a solidão, aborrecimento, confinamento e estigmatização, sentimentos que são agravados pela diminuição de visitas de amigos e familiares (Day et al., 2011; Pacheco & Spyropoulos, 2010). Estas autoras desenvolveram um estudo qualitativo com o intuito de conhecer a experiência de isolamento dos doentes com *C. difficile* e suas famílias, geralmente esquecidas neste tipo de estudos. Verificaram a existência de sentimentos de incerteza acerca do percurso da doença (duração, prognóstico etc.) que foram relatados por doentes e familiares como sendo geradores de ansiedade. Tanto os doentes como os familiares

referiram como um tema importante, as dificuldades em compreender o modo de transmissão da doença e demonstraram preocupação em relação à possibilidade de adquirirem a infeção ou de a poderem transmitir a outras pessoas. Neste estudo a adesão às precauções de contacto foram alvo de hipervigilância por parte dos doentes e famílias que relataram falta de consistência na implementação das medidas de isolamento por parte dos profissionais de saúde. Os familiares também relataram falta de consistência nas informações que lhes tinham sido fornecidas. Alguns autores, além dos aspetos negativos, encontraram outros positivos. No estudo qualitativo efetuado por Findik et.al., (2012) a grande maioria dos doentes (86,4%), referiu sentir-se satisfeita por estar num quarto de isolamento. Também Newton, Constable & Senior, (2001) encontraram, a par da solidão sentida pelos doentes em isolamento, relatos sobre vantagens como o aumento de privacidade, tranquilidade e maior liberdade em relação às visitas. Os enfermeiros e os outros profissionais de saúde devem procurar minimizar os efeitos da experiência do isolamento e maximizar os aspetos positivos, promovendo uma comunicação efetiva e adequada com o doente (Mutsonziwa et.al., 2011) fornecendo informação adequada (Abad, Fearday & Safdar, 2010), melhorando o ambiente e o “empoderamento” do doente de modo a ter algum controlo sobre o seu ambiente de isolamento. Um aspeto pouco focado na literatura é o impacto psicológico do uso do equipamento de proteção como parte das precauções de contacto. Num dos poucos estudos sobre este tema, Day et.al. (2011) verificaram que grande parte dos doentes (40% do total de 108) estando ou não sob precauções de isolamento, quando inquiridos sobre o grau de conforto com as precauções de contacto, referiram sentir-se desconfortáveis. No hospital o uso de máscaras cirúrgicas é frequente, muitas vezes desnecessário e tem indicações muito específicas (Siegel, Rhinehart, Jackson, Chiarello, 2007). Este equipamento impede a visualização da face de quem a usa, o que constitui um obstáculo importante na comunicação entre o pessoal de saúde e os doentes. Willis, Palermo & Burke (2011) estudaram a importância da expressão facial no julgamento social e demonstraram que as pessoas usam a expressão dos outros para tomarem decisões estratégicas sobre em quem podem confiar e de quem se podem aproximar. A expressão facial contém informação importante sobre as intenções das pessoas e molda a influência que a expressão verbal vai ter nas decisões e comportamentos dos outros. Mesmo nas situações em que têm de ser tomadas decisões importantes, a expressão verbal e facial em conjunto formam uma mensagem

que influencia a percepção e o comportamento social do outro (Stouten & Cremer, 2010). Por vezes, e apesar de não estar indicado, as visitas são também instruídas a usar máscara o que é mais uma importante barreira à comunicação e a adotar as mesmas medidas de isolamento de contacto que estão indicadas para os profissionais de saúde, o que pode significar a quebra ou mesmo a ausência do contacto “pele com pele” entre o doente e os familiares quando estes são aconselhados a usar luvas. O doente fica assim privado de calor humano, de apoio, e pode sentir-se estigmatizado. O toque é muito importante na comunicação (Gleeson & Timmins, 2004; Oliver & Redfern, 1991) e pode transmitir reconhecimento, empatia e preocupação com o outro. Fornece um sentimento de segurança que pode aliviar o *stress*, ansiedade e medo (Kravetz, 2009). A habilidade para usar o toque com os doentes idosos pode ser adquirida e aprendida tal como as outras competências de comunicação. É por isso recomendado que estas capacidades, juntamente com o toque, sejam ensinadas aos enfermeiros no curso de base para que estes tenham a noção da sua importância desde o início (Oliver & Redfern, 1991). Os familiares que geralmente estão já ansiosos com a instalação de uma infecção com manifestações tão evidentes, mas ainda relativamente desconhecida das pessoas, como é o caso da infecção a *C. difficile*, ao serem confrontados com o uso de equipamento de proteção não sabem como lidar com a situação e conseqüentemente com o doente que visitam. A utilidade do uso de EPI pelas visitas nunca foi demonstrada (Dubberke, et.al., 2008). Estas devem ser instruídas a não contactarem com outros doentes e a lavarem as mãos com água e sabão antes e principalmente após saírem do quarto de isolamento. É necessário que sejam informadas sobre o modo de transmissão da infecção e as precauções a tomar. Esta informação tem de ser coerente e consistente, pois como vimos a inconsistência e a incoerência das informações e da implementação das medidas de isolamento, são fatores de ansiedade e *stress* (Pacheco & Spyropoulos, 2010). Tendo em conta os aspetos negativos do isolamento, é importante determinar que não existe outra alternativa para prestar cuidados seguros (Barratt, Shaban & Moyle, 2011). A CCI deve ser consultada para avaliação da relação risco/benefício sempre que esteja em causa a saúde mental do doente/família.

Os enfermeiros têm que conhecer o doente, suas crenças e valores em relação à doença que motivou o isolamento, os seus gostos e preocupações, de forma a integrar os seus pontos de vista na política de isolamento para promover uma comunicação

efetiva e adequada, melhorar o ambiente onde o doente se encontra, envolvendo em todo o processo a família/pessoas significativas. Assim será possível ajudar as pessoas a ultrapassar os momentos de instabilidade e a alcançar o equilíbrio perdido.

2.2.5 A transição como contexto de cuidados perante o idoso em isolamento

O conceito de transição é consistente com a filosofia da “saúde holística” que é central para a prática de enfermagem. A transição é a passagem entre dois períodos de equilíbrio, entre uma fase da vida, situação ou estado para outro. A velhice é uma altura de múltiplas transições. A reforma, a viuvez, a morte de amigos, o aparecimento de doenças crónicas e de fragilidade, a mudança do local de habitação, são alguns exemplos de transições vividas pelos idosos (Schumacher, Jones & Meleis 1999). A hospitalização pode ser um momento crítico para o acentuar da degradação e perda de independência (Gammon, 1998). É um período de transição para o idoso e família perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença que é precipitada por eventos que fogem ao controlo do indivíduo, na qual este se depara com alterações profundas no ambiente que o rodeia e no modo como ele o compreende (Schumacher, Jones & Meleis 1999; Chick & Meleis, 1986). Estas alterações geram desequilíbrio e turbulência e provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação não só no idoso mas também na família que é muitas vezes confrontada com a mudança dos papéis que desempenha. Durante este processo é necessário que os indivíduos consigam mobilizar certos recursos, desenvolver novas competências, novas relações e novas estratégias de *coping* (Schumacher, Jones & Meleis, 1999) de forma a enfrentar a mudança. Este tipo de transição que Chick e Meleis (1986) chamaram de transição saúde-doença, precipita o contacto do indivíduo com a enfermagem e os enfermeiros. Estes, sendo os profissionais que mais tempos passam com o doente e família, encontram-se numa posição privilegiada para antecipar e detetar as transições e identificar os indicadores de processo que podem apontar para dificuldades e pontos críticos na transição. Este processo de avaliação contínua requer especial vigilância por parte do enfermeiro e a criação de um contexto de cuidados que permita frequentes contactos entre o enfermeiro e o doente/família (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). O ambiente hospitalar geralmente não é favorável a que isto aconteça e pode ainda ser mais complicado em situações específicas, como é o caso da aplicação das medidas de isolamento que coloca sérios

desafios a este processo, pelo que os enfermeiros necessitam de estar informados acerca do impacto destas medidas no bem-estar do doente e família de modo a conhecer as suas preocupações e interagir com eles como parceiros de cuidados de forma a facilitar um processo de transição saudável. O significado que cada um atribui aos eventos que desencadearam a transição e à própria transição, irá influenciar as condições em que ela ocorre. Como exemplo a experiência do “isolamento” num quarto individual pode ser sentida como algo positivo ou como algo negativo com sentimentos de solidão, abandono, frustração entre outros (Barratt, 2011). Pode haver uma tendência para usarmos a nossa experiência ou sentimentos como quadro de referência, em vez de descobrir significados para o outro e assim não o podemos ajudar a percorrer o caminho em direção a uma transição saudável (Chick e Meleis, 1986). É fundamental conhecer o outro, o seu sentido de vida, ter tempo e espaço para estabelecer uma relação de qualidade, uma relação de parceria (Gomes, 2009).

2.2.6 Cuidar em parceria nas situações de isolamento por infecção a *C. difficile*

os idosos são frequentemente vistos em muitos países industrializados como um grupo homogéneo que já não contribui para as suas famílias e sociedades e podem mesmo ser um fardo (...) A maioria dos idosos prova diariamente o erro dessas noções e é um exemplo que inspirou a OMS a focar-se no envelhecimento. (WHO, 1999, p.2)

Estas foram palavras proferidas pela diretora geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) naquela data. Espelha ainda hoje uma realidade em que os mitos sobre o envelhecimento moldam o modo como cuidamos dos nossos idosos. A OMS (WHO, 1999) identificava 6 mitos: que a maioria dos idosos vive em países desenvolvidos; que os idosos são todos iguais; que homens e mulheres envelhecem de forma igual; que os idosos são frágeis; que não têm nada para dar e que são um fardo económico para a sociedade. Todos falsos mitos, mas por causa deles ainda hoje os idosos são olhados por muitos profissionais de saúde, “detentores de todo o saber”, como recetores passivos de cuidados elaborados para eles, “elaborados para os idosos”. Muitos idosos em situação de vulnerabilidade aceitam esse poder de forma submissa, porque é o papel que julgam dever desempenhar como “bons doentes” (Gomes et al., 2007, p.107). Os enfermeiros sentem necessidade de manter o controlo da situação e não partilham a informação ou a capacidade de decidir, porque dessa forma se sentem ameaçados. Hoje em dia a participação do cidadão é um imperativo reclamado por

vários grupos sociais, num mundo com mais acesso à informação, mais esclarecido e em que os consumidores exigem um papel mais ativo. Para isso contribuíram vários acontecimentos internacionais tais como a conferência de Alma Ata em 1978 ou a de Otawa em 1986, as quais vieram reclamar um papel mais participativo do cidadão nas políticas de saúde. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003) na definição das “competências do enfermeiro de cuidados gerais”, refere-se ao exercício profissional da enfermagem centrado na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou grupo de pessoas cada um com o seu quadro de valores, crenças e desejos individuais moldados pelos contextos em que vivem. Neste documento está presente o conceito de parceria envolvendo igualmente as pessoas significativas do doente:

a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo). (O. E., 2003 p.4)

O conceito de participação do doente é complexo e multifatorial por natureza. Cahill (1998) referia a necessidade de uma reeducação do doente acerca do seu futuro papel no sistema de saúde e a preparação de todos os profissionais de saúde para desempenhar papéis mais facilitadores da participação dos doentes sem no entanto deixar de ter em consideração que alguns doentes podem preferir um papel mais passivo. Segundo o autor, e dada a importância da individualização dos cuidados, esta avaliação deveria acontecer o mais precocemente possível durante a estadia nos hospitais. Parceria significa “um relacionamento entre indivíduos ou grupos que é caracterizado por uma cooperação e responsabilidade mútuas e com a realização de um objetivo comum” (American Heritage Dictionary, 2006). Os enfermeiros têm conhecimentos sobre a saúde que podem transmitir e o doente conhece como ninguém a sua própria história de vida, os seus interesses e os seus projetos. Agindo como parceiros o enfermeiro e o doente podem alcançar objetivos de cuidados de saúde realistas e de qualidade. De acordo com Gomes (2002), para que exista parceria nos cuidados tem de “haver uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica à partida o conhecimento do outro, a atenção para com o outro, de modo a pôr em sinergia ações e decisões que possam beneficiar ambos” (p. 209).

Dewing (2004), realizou uma revisão crítica sobre os modelos existentes de cuidados centrados na pessoa idosa e conclui que a sua aplicação se tornava complexa por serem muito teóricos. e recomendava a investigação das causas que

levavam a que alguns enfermeiros optassem pela sua aplicação e outros não. Davies (2005) quis saber de que modo a teoria de médio alcance, desenvolvida por Meleis, encontrava suporte nos resultados de um estudo sobre as experiências dos cuidadores informais de idosos. Indo ao encontro de Dewing, Davies concluiu que esta teoria não sugere o tipo de intervenções que os enfermeiros têm que utilizar na prática (sugere o que fazer mas não como fazer), também não representa a natureza recíproca das relações entre os enfermeiros e os cuidadores e não reconhece o potencial para trabalhar em parceria com o idoso e família de modo a obter os melhores resultados para todos os envolvidos. Neste contexto, Gomes (2009, p.237) desenvolveu o “modelo de cuidado de Si - um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa”, promotor da partilha do poder na relação de cuidados, focado nas necessidades do idoso e família que fornece aos enfermeiros uma estrutura sólida de “como fazer” na prática, percorrendo cinco estádios no estabelecimento da relação de parceria (fig.1): revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar o cuidado do outro, comprometer-se e assumir o cuidado de si/assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009; Gomes, 2011).

Figura 1 - Fases da construção do processo de parceria



cuidado de si (si próprio ou si outro), respeita a singularidade da pessoa, a sua autonomia e o seu projeto de vida, ou seja, “respeita o direito do indivíduo a ser ele próprio” (Gomes et al., 2007) permitindo-lhe ter controlo sobre a sua vida.

Na fase do **revelar-se** deve existir um conhecimento mútuo, o enfermeiro dá-se a conhecer e tenta conhecer a pessoa doente, os seus valores, crenças, o seu projeto de vida. O enfermeiro deve identificar as capacidades do doente idoso e as suas potencialidades de desenvolvimento, os seus recursos para fazer face à situação vivida de acordo com as suas prioridades, de forma a implementar estratégias para promover a sua autonomia. Neste processo os familiares e pessoas significativas têm de ser envolvidos como parceiros. A atitude perante o idoso é fundamental para a relação. O

enfermeiro deve mostrar respeito, empatia, disponibilidade, bases para a construção de uma relação de confiança recíproca em que o idoso e o enfermeiro se possam **envolver**, partilhar o significado das experiências tentando ir ao encontro da singularidade e do projeto de vida e saúde da pessoa, através dos conhecimentos de ambos os parceiros, sem esquecer que é o doente que mais sabe sobre si. Nesta fase o enfermeiro dever-se-á aperceber das limitações das capacidades do idoso para desenvolver as ações que lhe fazem sentido, necessárias ao cuidado de si. Os enfermeiros têm que estabelecer uma relação de qualidade e para isso é preciso tempo para o idoso se expressar, para compreender o que lhe é dito, para comunicar, para confiar. Tem de sentir afetividade por parte do enfermeiro, sentir que é valorizado, que é escutado. Se isto não acontece, o idoso pode remeter-se para uma “contradição silenciosa” (Gomes, 2009, p.175) em que não há partilha do poder e a parceria não é possível pois a pessoa sente que a sua opinião não conta por que é idoso. Segundo a autora, a própria cultura organizacional suportada nos saberes dos profissionais promove esta situação em que a doença é o centro dos cuidados e não a pessoa doente no seu contexto com os seus valores e os seus projetos.

Na fase do **capacitar ou possibilitar**, dá-se a construção de uma ação conjunta para desenvolver habilidades para agir e decidir, para transformar capacidades potenciais em reais, mobilizando a singularidade da pessoa tendo em conta a partilha de significados da experiência vivida para que a pessoa possa recuperar a sua autonomia, ter o controlo sobre a sua vida. Quando o idoso não tem capacidade para assegurar o “cuidado de si próprio” muitas vezes é o familiar cuidador a assegurar o “cuidado do outro” (Gomes, 2009) no regresso a casa e os enfermeiros devem ajudá-lo capacitando-o para o fazer. O enfermeiro informa, esclarece, promove a reflexão sobre o que é melhor para o doente, o que lhe faz mais sentido, propõe, negocia mas não impõe, valida o que foi decidido e dá reforço positivo quando o cuidado de si é conseguido. O “cuidado do outro” deve ser encarado como o cuidado que esse outro teria consigo próprio se tivesse capacidade para o fazer. Quando é o enfermeiro a assegurá-lo deve usar todos os seus saberes e também o seu conhecimento acerca da pessoa, o doente pode ter perdido a capacidade, mas não perdeu a sua identidade.

A fase do **comprometer-se** traduz o desenvolvimento de esforços conjuntos em atingir os objetivos propostos em parceria de acordo com o plano traçado. Não há negociação se não tiver sido criado um ambiente promotor de uma relação de

confiança. O enfermeiro apoia o idoso e/ou família nesta fase de transição de capacidades potenciais para reais, reforçando positivamente, estimulando, escutando, mostrando disponibilidade para ajudar a ultrapassar as dificuldades. Na fase do **assumir o cuidado de si**, o doente demonstra bem-estar, adquiriu controlo sobre o seu projeto de vida, é capaz de decidir de modo informado sobre o que é melhor para si, ou o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado que o idoso teria consigo ou garante que a família é capaz de **assegurar o cuidado do outro** de modo que ele possa continuar com o seu percurso de vida.

O cuidado de si não é específico da enfermagem, todos os profissionais de saúde têm de saber cuidar de si para poder cuidar dos outros. No entanto o enfermeiro é quem mais convive com o outro que sofre, e para cuidar dele tem em primeiro lugar que se conhecer a si próprio (Silva et.al., 2009) e nem sempre é fácil olhar para dentro “pois compreender-se como Ser de fragilidades pode representar fraqueza, impossibilidade de enfrentamentos. Contudo é importante reconhecer que com outros coabita, no mundo do cuidado, e com os quais pode ter encontros de cuidado para consigo” (Becker & Crossetti, 2007, p.33). O enfermeiro ao promover o cuidado de si cresce com a experiência dos doentes e aprende a lidar com a própria vulnerabilidade. A **epiméleia heautoû** (*cuidado de si*) é um conceito antigo que, segundo Foucault, significava que era preciso “ocupar-se de si mesmo”, “preocupar-se consigo”. Para Foucault (2004, p.4), para cuidar de si a pessoa tem de se conhecer. “ O cuidado de si é certamente o conhecimento de si (...) mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições”. Através dos estudos do autor podemos constatar que cuidar de si, para os gregos tinha um sentido diferente do que viria a ser assumido na era cristã (Wendhausen & Rivera, 2005). Para os gregos, a relação consigo mesmo, passaria por um exame de consciência, não como um método de punição, mas como forma de perceber o que se fez e o que se deveria ter feito “recordar a verdade que foi esquecida” (Wendhausen & Rivera, 2005, p.116). A relação com o mestre teria o objetivo de guiar o discípulo rumo a uma vida feliz e autónoma. Para os cristãos a obediência abarca todos os aspetos da vida, a conduta é controlada pelo mestre. A autonomia não é valorizada. “É um sacrifício de si, do desejo próprio do sujeito” (Wendhausen Rivera, 2005, p.116), conhecer-se a si mesmo significa reconhecer as suas falhas, tentações e renunciar aos desejos não só perante si próprio mas

publicamente (Foucault, 2004). “Ocupar-se de si” começou a ser visto como uma forma de amor-próprio contrário ao interesse comum (Foucault, 1982). De acordo com o autor foi este conceito que perdurou até aos dias de hoje, ocorrendo uma inversão na hierarquia dos dois princípios “cuida de ti mesmo” e “conhece-te a ti mesmo”. Na cultura greco-romana, o conhecimento de si era uma consequência do cuidado de si enquanto no mundo moderno, o conhecimento de si constitui o princípio fundamental. No entanto, aquele que cuida bem de si é por isso mesmo capaz de cuidar dos outros. “O bom soberano é precisamente aquele que exerce seu poder adequadamente, ou seja, exercendo ao mesmo tempo seu poder sobre si mesmo, é o poder sobre si que vai regular o poder sobre os outros” (Foucault, 2004). Nos dias de hoje, seguindo o pensamento cristão da conduta controlada pelo mestre a quem se deve obediência “o mestre passa a ser o Estado de modo direto ou representado em instituições ou seus representantes como, por exemplo, a medicina (e o médico), a escola (e o professor), o hospital (e o médico), a família (e o pai), etc.” (Wendhausen & Rivera, 2005, p.117). Deste modo, em troca de proteção, entregamo-nos a quem possui o poder, a verdade. É com este tipo de preconceitos que nos deparamos hoje quando cuidamos de pessoas doentes. A submissão, por medo da confrontação com quem representa os saberes, faz com que o doente se sinta inferior e deste modo não pode ser parceiro. Cabe-nos a nós profissionais de saúde, aprendermos a ser parceiros para mudarmos o modo como somos vistos por aqueles que precisam de nós.

A pessoa com infeção é sobretudo uma pessoa com um projeto de vida e como tal as medidas de prevenção e controlo de infeção não podem ser implementadas de modo cego. Em parceria será possível prever e avaliar as implicações da aplicação dessas medidas no bem-estar dos doentes idosos e famílias de modo a minimizar os aspetos negativos e maximizar os positivos e facilitar um processo de transição saudável para que o idoso possa adquirir o controlo sobre a sua vida.

3 METODOLOGIA DE PROJECTO

De acordo com a problemática definida anteriormente, foram traçados os objetivos a atingir através de atividades e estratégias a realizar num determinado “campo de estágio”, para minimizar ou resolver os problemas encontrados partindo de um diagnóstico de enfermagem, dentro de um quadro teórico de enfermagem, utilizando modelos de intervenção de cuidados de enfermagem específicos para pessoas idosas.

Durante a fase de desenvolvimento do projeto, devemos ter sempre em atenção o contexto onde este se insere, os recursos que serão necessários e também as potencialidades e limitações com as quais nos iremos deparar ao longo da sua execução.

A metodologia de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções com a finalidade de resolver esse mesmo problema, através da prática baseada na evidência (Ruivo et.al., 2007). Esta metodologia tem cinco etapas distintas inter-relacionadas entre si: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e, por fim, a divulgação dos resultados atingidos (relatório). Embora sejam conhecidos um sem fim de projetos e métodos para os executar as fases do diagnóstico da situação, objetivos, planeamento, execução e avaliação são comuns em todos eles (Ramos, 2008; Ruivo, 2007; Project Management Institute, 2007; Barbier,1993).

De acordo com Project Management University of Western Sydney (2007) a gestão de um projeto passa pela aplicação de uma série de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas para uma ampla sucessão de atividades com a finalidade de responder às expectativas das pessoas envolvidas nesse projeto. A boa gestão do projeto assegura que todos os recursos sejam usados da forma mais eficaz e eficiente, quer se trate de recursos humanos ou financeiros e a limitação temporal deve ser cumprida. De acordo com o mesmo autor, a metodologia de projeto é uma ferramenta que ajuda o seu gestor a dar coerência a cada uma das suas etapas para que sejam únicas de acordo com cada projeto. Pressupõe-se que durante a realização do projeto se mobilizem conhecimentos teóricos de acordo com a temática a desenvolver para assim poder ancorar toda a prática na ciência.

Para este projeto a fase inicial de diagnóstico da situação e planeamento, tiveram lugar no 2º semestre deste curso na unidade curricular opção II onde foram

delineadas todas as atividades e estratégias a implementar durante este estágio e onde foram desenvolvidas as fases seguintes: execução, monitorização e finalização do projeto com a avaliação dos resultados obtidos.

Durante o estágio, na fase de execução do projeto, foram seguidos vários passos (atividades planeadas) sempre baseados na evidência científica. É nesta etapa de execução que se põe em prática tudo o que foi planeado anteriormente, podendo no entanto sofrer algumas alterações desde que o objetivo final não seja posto em causa. De acordo com Ruivo et al. (2007) é também nesta etapa que a equipa tem a possibilidade de mostrar habilidades e colocá-las em prática desenvolvendo competências em diversas áreas. Neste sentido, este projeto foi utilizado, não só para o desenvolvimento de competências de enfermeiro perito na área de cuidados à pessoa idosa, mas também das competências comuns do enfermeiro especialista nas suas diferentes áreas (responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade). (OE, 2010)

Esteve sempre presente em todas as minhas ações a salvaguarda das questões éticas e legais, respeitando a individualidade do doente em todas as suas vertentes (biopsicossocial e espiritual), assim como o segredo profissional e a confidencialidade de toda a informação escrita e oral.

4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ACTIVIDADES/ESTRATEGIAS E RESULTADOS

É nesta fase que se coloca em prática tudo o que foi planeado, é a execução da metodologia de projeto (Ruivo et.al. 2007). Esta metodologia baseia-se fundamentalmente na realização de atividades e ações planeadas de forma a atingir os objetivos gerais anteriormente delineados, o resultado final a alcançar durante o percurso. Para limitação temporal das atividades/estratégias a desenvolver foi elaborado um cronograma (apêndice 2). Os objetivos gerais decompõem-se em vários objetivos específicos e para os atingirmos utilizamos atividades/estratégias. Uma atividade pode decompor-se em várias tarefas, uma tarefa em vários atos, um ato em várias operações, etc. (Barbier, 1991).

Para a execução deste projeto realizei um percurso em dois contextos de cuidados de saúde distintos, um serviço de medicina de um hospital central universitário onde se têm observado surtos de *C. difficile* em doentes idosos, e um lar de idosos de grandes dimensões cujos residentes são habitualmente atendidos nesse hospital, contextos estes já descritos no capítulo 1.

4.1 Hospital CL, Serviço de medicina

Com a finalidade de contribuir para a prevenção da infeção a *C. difficile* e das suas complicações em contexto de internamento na pessoa idosa, tendo por base um modelo de intervenção em parceria com o idoso promotor do cuidado de Si, defini vários objetivos já apresentados no capítulo 1. O projeto foi apresentado à enfermeira chefe e à enfermeira de apoio à gestão (orientadora do campo de estágio) em reunião marcada para o efeito, ainda na fase de planeamento. Na fase de implementação, que se iniciou em Outubro, o projeto foi apresentado de modo formal ao diretor de serviço em reunião exclusivamente marcada para o efeito, já que os médicos também eram participantes no projeto. Faz parte das competências do enfermeiro especialista a coordenação, a implementação e manutenção das medidas básicas de prevenção e controlo de infeção (OE, 2010), sendo que, para a promoção de um ambiente seguro todos os membros da equipa multidisciplinar têm de ter comportamentos adequados. Além disso, no domínio da gestão dos cuidados compete-lhe promover a articulação com a equipa multidisciplinar para otimizar o processo de cuidados (OE, 2010). O diretor do serviço acolheu bem a ideia, referindo vir de encontro à sua preocupação

relacionada com os surtos de *C. difficile* ocorridos no serviço e à responsabilidade dos profissionais na transmissão cruzada, incluindo os médicos, pelo que achou pertinente e importante proceder-se à avaliação das práticas de controlo de infeção. Foram discutidas algumas estratégias nos aspetos relacionados com este grupo profissional, nomeadamente o modo como o projeto iria ser apresentado, e a forma como seriam divulgados e discutidos os resultados das observações que me propunha efetuar. A apresentação formal decorreu de forma sumária durante a sessão clínica que se realiza uma vez por semana. A apresentação do projeto à equipa de enfermagem foi feita de modo informal nas passagens de turno e também individualmente e posteriormente em reunião marcada para o efeito no final de Outubro (apêndice 3).

Em seguida apresento as atividades/estratégias e resultados para cada objetivo definido.

4.1.1 **Objetivo Geral 1** - Reduzir o impacto do isolamento de contacto na pessoa idosa infetada com *C. difficile* e família, em contexto hospitalar.

- ✓ **Objetivo específico** - Identificar as potencialidades e necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver as intervenções de enfermagem em parceria com o idoso e família.

Durante o estágio no serviço de medicina, prestei cuidados diretos e globais ao doente idoso/família de forma individualizada e acompanhei os enfermeiros colaborando com eles na prestação de cuidados sempre que era necessário. Eraut (2004) num estudo que desenvolveu, concluiu que trabalhar junto com os outros permite-nos aprender para além de novas técnicas, novas perspectivas e tomar consciência de diferentes conhecimentos tácitos e saberes dos outros. Optei por esta estratégia, pois entendi que só deste modo me poderia aperceber das dificuldades da equipa, tanto na utilização do modelo de parceria, como na implementação das boas práticas relativas ao controlo de infeção. Além disso senti que era necessário construir uma relação de confiança com os enfermeiros. Estes consultavam-me maioritariamente nas tomadas de decisão referentes à implementação de medidas de isolamento, na educação dos familiares sobre assuntos relacionados com a prevenção da transmissão da infeção e sobre a avaliação dos sinais e sintomas para a deteção precoce da infeção a *C. difficile*. Prestei cuidados a várias pessoas idosas e suas famílias, dando

prioridade a idosos sujeitos a isolamento de contacto por infeção a *C. difficile*, utilizando o modelo de parceria. Incluíram-se 5 pessoas idosas que durante o estágio estiveram internadas com esta infeção. As pessoas idosas e famílias a quem prestei cuidados foram abordadas de forma a conhecerem os termos da relação e as condições em que o projeto de cuidados iria acontecer ou seja, de acordo com Gomes (2009) “explicitar os termos da relação”. Expliquei a minha situação académica, o que as pessoas poderiam esperar de mim e o que eu esperava delas de forma a estabelecermos uma relação de parceria para alcançar objetivos de cuidados de saúde realistas e de qualidade. Empenhei-me em que o primeiro contacto fosse caloroso, pois é sabido que se isto acontecer é muito maior a probabilidade de se formar um “vínculo positivo” e, pelo contrário, se esse primeiro contacto for “neutro ou desatento”, será muito difícil estabelecer uma relação de confiança (Phaneuf, M., 2002).

De uma das situações de cuidados que acompanhei apresento um exemplo de um estudo de caso (apêndice 4). Tratava-se da Sr.^a ML, a qual por se encontrar sujeita a isolamento de contacto, estava separada dos outros doentes da sala por cortinados corridos à volta da sua cama. Tinha antecedentes de síndrome depressivo desencadeado pela morte do marido dois anos antes, tendo iniciado um processo de transição situacional (Meleis, 2010) que não tinha conseguido concluir: “*com a morte do meu marido, acabou-se tudo...há muitas coisas que gostava de fazer e já não tenho interesse...*”. A Sr.^a ML referia muitas vezes sentir-se triste e o que via à sua volta era apenas o teto e os cortinados, “*...parece que estou numa prisão...*” (nota de campo 1, apêndice 5). É sabido que o ambiente, a atmosfera psicológica em que os interlocutores se encontram influencia a comunicação (Phaneuf, M., 2002). Gomes (2009) também nos diz que os cuidados têm de ser desenvolvidos num ambiente seguro se queremos construir uma relação de qualidade. Esta é uma condição para que se estabeleça uma relação de parceria. Deste modo desenvolvi ações visando sensibilizar a equipa multidisciplinar, mas principalmente a enfermeira chefe, para o impacto que esta medida que visava a contenção de microrganismos tinha no bem-estar dos doentes. Esta era uma medida instituída há muito no serviço pela Enf.^a chefe, a qual desse modo esperava fazer cumprir as boas práticas de controlo de infeção ao desincentivar o contacto com os doentes e as suas unidades. Segundo ela, servia também como “sinalização” chamando a atenção para a existência de um doente em isolamento tendo sido este aspeto que referiu como mais importante. Expus-lhe a

minha preocupação tendo ela sido sensível ao problema apesar de manifestar algumas reservas em relação ao cumprimento das práticas de controlo de infeção. Neste processo foi indispensável falar com os médicos mais velhos para negociar a mudança da forma de sinalização que eles já conheciam e à qual estavam acostumados, o que a maioria aceitou sem reservas, quando lhes foi explicado o motivo.

Concordamos, no entanto, em tentar com a Sr^a ML, outra estratégia de chamada de atenção, o que implicou envolver também o filho (única visita) que a visitava diariamente, pois ambos tinham de compreender as implicações das mudanças e tomar precauções para não transmitir a infeção aos outros doentes. Neste processo, foi condição essencial conhecer as pessoas envolvidas e dar-me a conhecer, envolver-me com elas, desenvolvendo uma relação de confiança a fim de as capacitar (sobre os modos de transmissão dos microrganismos) para, em parceria, se estabelecer um compromisso, o qual sendo vantajoso para os próprios, não pusesse em risco os outros doentes. Foi importante saber que o filho tinha o curso de higiene e segurança, pois as informações que necessitou foram diferentes de outras pessoas que não tinham conhecimentos na área. Este compromisso (não contactar com outros doentes ou com os seus objetos e lavar as mãos antes de sair) foi conseguido com satisfação da Sr^a ML e do filho já que este pôde deixar de usar luvas “...já tinha saudades das mãos do meu filho...” e foi cumprido durante o internamento, como toda a equipa pôde constatar. Este foi um exemplo que veio mostrar a todos que a parceria promove a adesão.

Em todas as situações de cuidados, na fase do **revelar-se** (Gomes, 2009), tentei conhecer a pessoa, as suas potencialidades, as suas preocupações, as suas dúvidas e os seus projetos de vida. Um dos idosos que cuidei referia-me: “... só quero ainda poder voltar para casa, passear e ir ter com os amigos ao café...” (senhor JC, com neoplasia em estágio IV). Outro idoso (senhor AT) com neoplasia que ia ser institucionalizado e estava a perder a continência urinária com o uso de fralda manifestava a sua preocupação: “...pelo menos não quero depender de ninguém para fazer as minhas necessidades...”. Foi o conhecimento daquilo que realmente importava para a pessoa que norteou as minhas intervenções na relação de parceria.

Ao **envolver-me** com os idosos e famílias, fiquei a conhecer os seus sentimentos, não só em relação ao facto de estarem sob medidas de isolamento de contacto, “...as pessoas não vêm cá muito e às vezes acho que se esquecem de mim...” (Senhor HL) ou como relatou um idoso quando lhe perguntei se o médico já o

tinha visitado: “*não sei...veio cá uma pessoa... não sei quem era...nem percebi bem o que disse...tinha uma máscara...se o visse outra vez não o conhecia...*” ou como a senhora ML me tinha dito: “*parece que estou numa prisão*”, mas também em relação a outras preocupações mais prementes. Refiro o exemplo de outra idosa, Sr^a A. de 87 anos, que ao segundo dia em que a acompanhei no banho assistido me fez uma revelação, a qual seria improvável se eu não me tivesse envolvido com ela: “*A minha nora bate-me!...ainda no dia que vim para o hospital deu-me duas chapadas! Nem sei porque foi desta vez...! Mas por amor de Deus não diga nada a ninguém senão ela mata-me...*”. Esta situação em particular colocou-me perante um dilema de ordem ética e motivou a minha intervenção junto da equipa multidisciplinar (enfermeira orientadora do campo de estágio, médico da doente e assistente social), já que a doente tinha alta programada para o mesmo dia. Nunca tinha vivido uma situação de cuidados envolvendo maus tratos a idosos e foi a primeira vez que revelei algo que me tinha sido dito em segredo. Neste caso concreto guiei-me pelo código deontológico do enfermeiro no que respeita a partilha da informação apenas com os profissionais envolvidos no plano terapêutico usando como critério orientador o bem-estar, a segurança física e psicológica da doente, tendo presente o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa protegendo-a de qualquer forma de abuso. Esta situação fez-me refletir no facto de, muitas vezes, os enfermeiros, por falta de tempo, delegarem nos AO certos cuidados como, por exemplo, acompanhar o doente ao banho assistido, o qual pode ser um momento importante no conhecimento mútuo, em que a atitude do enfermeiro (empatia, disponibilidade e respeito) deverá levar a que o idoso sinta vontade de se dar a conhecer, como aconteceu na situação referida.

À medida que o envolvimento com os clientes (doentes e família/pessoas significativas) ia permitindo a construção de uma relação de confiança e tendo em conta as alterações psicológicas devidas à implementação de medidas de isolamento de contacto e a necessidade de prevenção do declínio funcional decorrente da redução da mobilidade, utilizei vários instrumentos para avaliação e monitorização do idoso e família (quando indicado) com indicadores de resultados, conforme se pode verificar no estudo de caso apresentado (apêndice 4). Assim, avaliei a funcionalidade, AIVD, estado mental, existência de depressão, estado nutricional, sobrecarga do cuidador e apgar familiar, mas também risco de quedas e risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, sendo que estes dois últimos instrumentos (escala de Downton e de Braden,

respetivamente) são utilizados no serviço para todos os doentes. Os instrumentos utilizados permitiram conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa de forma a implementar estratégias com o idoso e família visando o desenvolvimento de competências (capacitar ou possibilitar) para transformar essas capacidades potenciais em reais (Gomes, 2011). Sequeira (2010) sistematiza a avaliação global do idoso em cinco categorias: estado funcional (AVD e AIVD); saúde física (estado de saúde em geral, antecedentes pessoais); funcionamento psicossocial (contexto social, rede social, apoio suporte, contexto cultural); recursos económicos e ambientais (acessibilidade de recursos, disponibilidade de recursos) e qualidade de vida.

Neste processo de capacitar/possibilitar a pessoa idosa e família e/ou cuidador, ou seja de ajudar a adquirir competências para assumir o controlo do cuidado de si ou o cuidado do outro promovi educação para a saúde de acordo com os conhecimentos prévios de cada um, com as suas capacidades para entender, com o projeto de vida e as prioridades da pessoa. Não basta ter a informação, é necessário saber utilizá-la de modo a tomar decisões adequadas à situação. Para isso os profissionais de saúde precisam **conhecer o doente** para saber quais são as necessidades de conhecimento, como e quando devem transmitir essa informação. De acordo com Droz e Richelle cit. por Phaneuf, (2002, p. 276), “não se ensina não importa o quê e não importa a quem, não importa quando”. O enfermeiro deve conhecer os fatores que podem influenciar a aprendizagem de forma negativa ou positiva, como por exemplo a motivação para aprender, a capacidade cognitiva, a ansiedade, o défice sensorial, o nível de instrução, etc. (Phaneuf, 2002). Entre os temas abordados com o doente e/ou família, incluíram-se os cuidados de higiene e conforto, mobilização, plano alimentar, prevenção de quedas, prevenção da transmissão de infeções, nomeadamente a transmissão do *C. difficile*, entre outras. Tinha já confirmado com os colegas e com alguns familiares dos doentes a necessidade da existência de informação escrita sobre a infeção a *C. Difficile*, informação esta a ser entregue às famílias/cuidadores para que pudessem ler em casa, após lhes ter sido explicado oralmente pelos enfermeiros, de forma a consolidarem a informação. Por outro lado seria importante para uniformizar a mensagem aos familiares que se verificou ser heterogénea o que, de acordo Pacheco & Spyropoulos (2010), pode ser fonte de *stress* para eles. Construí para esse fim um folheto educativo (apêndice 6) que foi revisto pelo coordenador da CCI, pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora e posteriormente apresentado à equipa e discutido

antes e após as passagens de turno. Alguns elementos da equipa colaboraram no formato do folheto de modo a ficar mais apelativo à leitura. Os folhetos podem ser uma boa ferramenta educativa em saúde pois são facilmente distribuídos, dirigidos a uma audiência com necessidades específicas, a mensagem pode ser guardada, lida mais do que uma vez e transmitida a outras pessoas (Bensley, Brookins-Fisher, 2009).

Estas intervenções de enfermagem utilizando o modelo de parceria permitiram promover ações negociadas como:

- ✓ Fazer levantar ainda que apenas durante uma hora (Sr^a ML recusava o levantar porque quando lhe era dito que seria por pouco tempo isso não acontecia e ela ficava com dores) com o compromisso de regressar ao leito se ela assim o entendesse...”estou a confiar em si...veja lá!”;
- ✓ Não usar fralda mas ter sempre ao alcance o urinol (Sr. AT, não queria deixar de usar a fralda e estava a perder a continência urinária);
- ✓ Usar os pedais 3 vezes ao dia para fazer exercício e estimular a mobilidade (o Sr. JC não tinha força muscular para andar, mas tinha potencial para o vir a fazer, sendo parte do seu projeto de vida) o que cumpriu com entusiasmo para contentamento de todos incluindo a família e melhorou a sua força muscular (percecionada pelo doente e medida pela escala de Lower (apêndice 4) de nível 3 para nível 4. Neste caso o reforço positivo e o encorajamento foram muito importantes;
- ✓ Não usar luvas mas haver o compromisso de não tocar no “ambiente dos outros doentes” e lavar bem as mãos no final da visita (todos os familiares/cuidadores);
- ✓ Beijar a mãe (senhora V) e acariciá-la mesmo ela sabendo que isso podia implicar algum risco (a Sr.^a V. tinha infecção a *C. difficile* e estava em fase terminal de vida). A filha era a cuidadora da mãe que à data de internamento já apresentava diarreia há alguns dias. Em casa, sempre a abraçou e beijou sem qualquer tipo de restrição pelo que já teria havido contacto com a bactéria. No entanto, sendo uma pessoa saudável e não estando sob antibioticoterapia, o risco de adoecer seria reduzido (Pépin, Gonzales & Valiquette, 2012). Foi-lhe explicada a situação e após me ter certificado que não havia dúvidas e que ela tinha compreendido toda a informação, decidiu qual a melhor opção para ela e para a mãe. Teve de se conseguir o acordo da equipa médica e de enfermagem para ela não ser chamada a atenção. A Sr.^a V faleceu nesse dia na companhia da filha.

Com a implementação deste projeto principalmente no que respeita aos cuidados de enfermagem prestados, partindo de um processo de reflexão contínuo das experiências vividas, consigo agora cuidar da pessoa idosa de uma forma mais segura, assente em conhecimento científico para a tomada de decisão, utilizando um modelo de intervenção de cuidados de enfermagem específico para as pessoas idosas, o modelo de parceria. Deste modo desenvolvi o auto conhecimento, estratégias de juízo clínico, intervenção de enfermagem e avaliação indicadores de resultados, favorecendo a adaptação e recuperação da pessoa idosa de acordo com o seu projeto de vida, em interação com a sua família, partindo dum diagnóstico de enfermagem e dentro de um quadro teórico de enfermagem. Estou agora muito mais atenta ao que o doente idoso identifica como importante para o seu projeto de vida, em vez de tentar primeiro que ele perceba o que “eu acho” que é mais importante para ele, como por vezes fazia sem tomar consciência disso.

A partir do conhecimento dos recursos existentes no contexto extra hospitalar foi possível apoiar o idoso e sua família no regresso a casa e também na transferência para outra instituição (lar de idosos). De modo a oferecer uma ajuda adequada nas situações de cuidados em que se encontravam as pessoas idosas, desenvolvi capacidades de interação com as equipas profissionais e multiprofissionais no contexto hospitalar o que se prende com o próximo objetivo que tinha traçado.

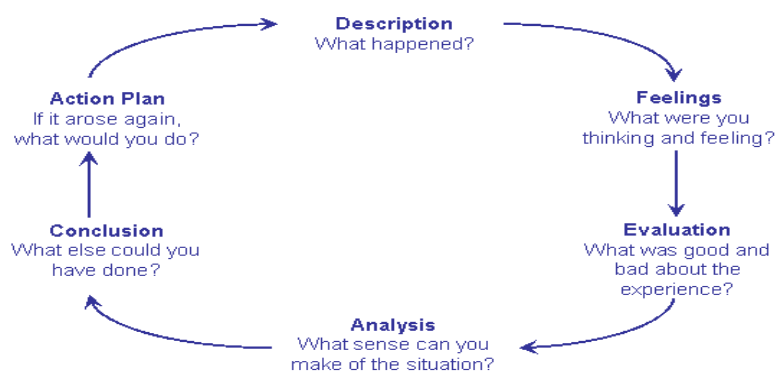
Objetivo específico - Contribuir para a melhoria da resposta da equipa às necessidades do doente idoso e família decorrentes do isolamento de contacto recomendado pela CCI, tendo por base uma intervenção em parceria.

Procurei sempre sensibilizar os enfermeiros de forma individual incidindo principalmente, além da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora, nos “chefes de equipa” que parecem funcionar como “líderes de opinião” junto do grupo, tal como me foi dado a observar ao longo do estágio e foi também referido por aquelas enfermeiras. Dos tipos de aprendizagem que ocorrem no local de trabalho, os processos informais como a interação com outras pessoas são reconhecidos como os mais eficientes e mais comuns (Camillis & Antonello, 2010). Os “líderes de opinião”, funcionando como modelos, são educadores informais e são muitas vezes o elo entre o perito e os colegas enfermeiros nos quais têm influência (Russell-Babin, 2010).

Na fase de diagnóstico, foi feita análise de conteúdo (análise categorial) das

folhas de colheita de dados e notas de evolução em 14 processo clínicos de idosos com infeção a *C. difficile*, utilizando um guia de observação com dimensões e indicadores pré definidos baseados na primeira fase do modelo de parceria (identidade, avaliação funcional, contexto de doença e de vida), revelar-se para conhecer o doente (apêndice 7). Optou-se por analisar os dados tendo em conta a análise de conteúdo por frequências que, segundo Quivy & Campenhoudt (2003), se baseia na hipótese que uma certa característica assume maior importância quanto mais vezes é citada pelo locutor ou emissor da mensagem, e queríamos avaliar a importância que os indicadores definidos tinham para os enfermeiros. Concluímos que a informação registada era insuficiente para conhecer o doente, criar ambiente favorável ao envolvimento com o idoso e família como parceiros, e para a deteção precoce dos fatores de risco da infeção, tais como os internamentos anteriores, regularidade intestinal e a antibioticoterapia prévia. No final de Outubro, aquando a apresentação do projeto, foi discutido com os enfermeiros a necessidade de proceder aos respetivos registos, as estratégias usadas no isolamento de contacto e a implicação no bem-estar do doente. Foi feita reflexão com a equipa, tentando seguir a lógica do ciclo de Gibbs (1988), de casos de doentes em isolamento de contacto e de uma idosa (Sr.^a MA) com um episódio agudo de diarreia (notas de campo 2, apêndice 5) em colaboração com a Enf.^a orientadora em 2 sessões (Dezembro e Janeiro) para abranger toda a equipa.

Figura 2 - Ciclo de Gibbs



Pretendeu-se sensibilizar a equipa para a importância da utilização do modelo de intervenção de enfermagem de parceria com a pessoa idosa e família, isto de modo a diminuir o impacto psicológico decorrente do isolamento. e a salvaguardar a dignidade do doente com diarreia. Foi discutido o caso da Sr.^a ML em isolamento com recurso aos cortinados corridos e os seus sentimentos em relação a esse método implementado no serviço. Foi também discutido o impacto do uso de EPI pelos

familiares, no doente e na própria família. O seu uso por parte das visitas tinha sido já um problema detetado na fase de diagnóstico. Foi um assunto debatido durante bastante tempo e foram expostos vários pontos de vista. Todos concordaram que o folheto informativo elaborado para as visitas veio uniformizar as informações prestadas. Foi chamada a atenção para a importância de não substituir a comunicação oral com os familiares pela informação escrita, já que esta não tem em conta a singularidade das pessoas, o seu nível educacional, ou os seus valores, o que obteve a concordância de todos. Foi discutida a necessidade de envolver a família e visitantes nas boas práticas para a prevenção da transmissão de microrganismos no caso dos doentes em isolamento de contacto, incluindo os infectados com *C. difficile*. A equipa concordou que, apesar de ser necessário despende algum tempo para o fazer, seria uma medida compensatória o que ficou comprovado com o caso da Sr.^a ML. Neste contexto foi adaptado da DGS (2012) um cartaz destinado aos visitantes (anexo 1), chamando a atenção para as boas práticas durante a visita, que foi colocado junto aos dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) à entrada das salas.

Decorrente destas atividades foi descontinuado o método de isolamento com recurso a cortinados, optando-se por privilegiar a informação sobre os doentes em isolamento nas passagens de turno dos enfermeiros e dos AO e por assinalar a cama com a identificação do nome do doente em cor diferente. A equipa médica (chefes de equipa) comprometeu-se a passar a informação aos médicos internos e aceitou a descontinuação do método de sinalização antes implementado. O envolvimento e a capacitação da família dos doentes em isolamento, para o cumprimento das boas práticas, tornou possível a descontinuação do uso de EPI por parte deles.

Com o objetivo de sensibilizar a equipa para a importância da avaliação funcional do idoso e das suas potencialidades de forma a permitir cuidados dirigidos para a melhoria ou manutenção da função, foi apresentada a escala de Barthel a toda a equipa de enfermagem, em colaboração com a Enf^a orientadora em 2 sessões (Janeiro) para abranger toda a equipa. A escala de Barthel é um dos instrumentos mais vulgarmente utilizado na prática clínica, para avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades básicas da vida diária. É um instrumento fiável e foi validado para a população portuguesa (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

- ✓ Foi discutido o problema da maior imobilidade no caso dos doentes em isolamento e o contributo que a avaliação em causa teria para o planeamento dos cuidados de

enfermagem;

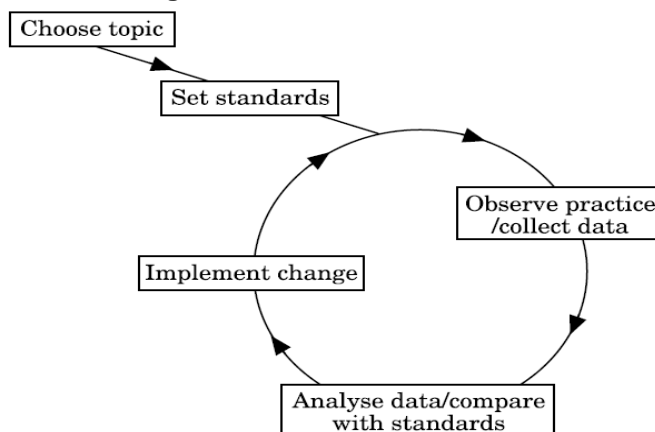
- ✓ Foi apresentada a escala, e discutidos todos os itens (modo de preenchimento e dificuldades esperadas) Foram discutidas as vantagens e desvantagens da avaliação funcional. A única desvantagem apontada foi o acréscimo de trabalho no que respeita ao número de registos que se efetuam à entrada do doente no serviço. Existem muitas folhas para registo já institucionalizadas cujo preenchimento é obrigatório e “esta seria mais uma” (sic). Foram muitas as vantagens apontadas pelos enfermeiros que sugeriram iniciar o seu preenchimento experimentalmente logo que o serviço o permita (tem havido sobrelotação). Alguns já treinaram a aplicação de itens da escala quando estão a cuidar de doentes.

4.1.2 Objetivo Geral 2 - Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção a *C. difficile* do doente idoso em contexto hospitalar.

- ✓ **Objetivo específico** - Avaliar as práticas da equipa multidisciplinar referentes à prevenção e controlo de infeção nomeadamente a infeção cruzada de *C. difficile*, de forma a detetar necessidades formativas.

Dado que a transmissão cruzada está relacionada com as boas práticas de todos os que contactam com os doentes, nomeadamente a equipa multidisciplinar, propus-me avaliar algumas práticas através de auditorias clínicas de processo. De acordo com o “National Institute for Clinical Excellence” (NICE, 2002), a auditoria clínica é um processo de melhoria da qualidade que procura a obtenção de melhores cuidados através da revisão sistemática das práticas tendo por base critérios de qualidade definidos. Os aspetos a auditar e, quando indicado, a implementação da mudança, são seguidos de nova monitorização para confirmar as melhorias conseguidas (Fig.3). Os critérios da auditoria de processos encorajam os profissionais de saúde a se concentrarem nos aspetos que contribuem de facto para melhores resultados em saúde. Apesar de sabermos que na observação não participante, o pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos indivíduos quando sabem que estão a ser observados (Gay, 1986), este método permite apreender os comportamentos e os acontecimentos no próprio momento em que se produzem e por isso dá-nos uma relativa autenticidade das situações (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Figura 3 - Círculo de auditoria



Fonte: Hay (2006)

Optou-se por uma observação estruturada por permitir formar dados numéricos a partir da observação (Cohen, 2000), o que se adapta bem às auditorias de controlo de infeção.

Foram construídos instrumentos de observação (apêndice 8) baseados nos instrumentos de auditoria preconizados pela Infection Control Nurses Association, (2005) de forma a avaliar a conformidade com as normas emanadas pela CCI do hospital. Foram avaliados os índices de qualidade referentes ao uso de EPI no caso do isolamento de contacto e também noutras situações que não para prestar cuidados a doentes em isolamento. A opção por esta observação prende-se com o facto de muitas vezes os doentes já se encontrarem infetados ou colonizados com microrganismos que se transmitem por contacto, não havendo ainda suspeita por parte dos profissionais, pelo que a utilização adequada do EPI é fundamental. No início do estágio, (Outubro/Novembro) foram efetuadas as primeiras observações.

Durante uma semana cada grupo profissional foi observado em 3 dias consecutivos (turno da manhã e início do turno da tarde), de forma a abranger o maior número possível de profissionais diferentes de cada grupo. Todas as pessoas tinham sido previamente informadas que iriam decorrer estas observações e que poderiam recusar ser observados sem dar qualquer justificação, no entanto ninguém o fez. Após as primeiras observações, os resultados foram analisados e discutidos com a equipa multidisciplinar, foram implementadas medidas e foi feita nova avaliação para confirmar as melhorias conseguidas.

Para estas auditorias as categorias de adesão (índices de qualidade) foram consideradas do seguinte modo: até 75% - adesão baixa, 76-84% - adesão parcial, e igual ou superior a 85% - boa adesão (ICNA, 2005).

Em seguida apresento o resumo do resultado das observações efetuadas e as atividades que foram desenvolvidas. Em apêndice (apêndice 9) encontram-se os resultados detalhados em gráficos para melhor compreensão.

Observação das práticas

A - Práticas de utilização do (EPI) no caso de doentes em isolamento de contacto devido a infeção a *C. difficile*.

Foram observados 45 procedimentos /contactos com doentes em isolamento. Foram observados 15 Enfermeiros, 15 Médicos e 15 AO. O instrumento utilizado (apêndice 8) constava dos seguintes pontos: uso de luvas (contacto direto com o doente ou com a sua unidade); uso de avental/bata (contacto da farda com o doente ou com a sua unidade); uso de máscara com indicação (doente com tosse ou com microrganismos transmissíveis por gotículas); EPI retirado em local adequado (dentro do quarto ou zona de coorte); pela ordem adequada (evitar a contaminação do utilizador) e higiene (lavagem ou desinfecção) das mãos após retirar o EPI. O ponto 3 (uso de máscara) teve em conta o impacto negativo da sua utilização na comunicação com os doentes e não propriamente no impacto na transmissão de microrganismos.

O **índice de qualidade** (adesão) de todos os pontos em conjunto foi calculado de acordo com a seguinte fórmula (ICNA, 2005):

$$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \underline{\hspace{2cm}} \%$$

Enfermeiros (n=15) – índice de qualidade de **82,4%**

Equipa médica (n=15) índice de qualidade de **72,4%**

Assistentes operacionais (n=15) - índice de qualidade de **72,2**

B - Observação das práticas de utilização do (EPI) nos procedimentos a doentes não sujeitos a isolamento de contacto.

Foi observado o uso de EPI que pode ter influência na transmissão de microrganismos, nomeadamente as luvas e as batas/aventais:

Utilização de luvas

Nos 3 dias consecutivos foram observados 70 procedimentos efetuados pelos 3 grupos profissionais: Enfermeiros (n=15), Médicos (n= 30) e AO (n= 25). Foram avaliados os seguintes pontos (apêndice 8): a existência ou não de indicação para o

seu uso, a ocorrência de contaminação do ambiente inanimado, a retirada deste EPI na altura adequada, a troca entre doentes e a higienização das mãos após a retirada das luvas (lavagem ou fricção com solução alcoólica).

Os **índices de qualidade** (adesão) de todos os pontos em conjunto foram:

Enfermeiros (n=15) – índice de qualidade de **84%**

Equipa médica (n=30) índice de qualidade de **53,8%**

Assistentes operacionais (n=25) - índice de qualidade de **64,7%**

Uso de bata/avental

Foi observado o uso deste EPI por parte dos 3 grupos profissionais (apêndice 9). No caso dos enfermeiros e AO, foi avaliada a ocorrência de contaminação do ambiente, a retirada deste EPI na altura adequada e de modo adequado sem contaminar o profissional, a troca entre doentes e a higienização das mãos.

Os **índices de qualidade** (adesão) de todos os pontos em conjunto foram:

Enfermeiros (n=15) – índice de qualidade de **82,4%**

Equipa médica (n=15) índice de qualidade de **53,8%**

Assistentes operacionais (n=20) - índice de qualidade de **57%**

Foi ainda observada a adesão deste EPI à sua utilização quando havia indicação para o seu uso. No grupo dos médicos, apenas foi observada a conformidade de acordo com o uso ou não deste equipamento quando indicado (situações em que houve contacto extenso e/ou prolongado do fardamento com o doente e/ou a sua unidade) já que a sua utilização por parte deste grupo profissional é quase nula, não se tratando de situações de isolamento de contacto. Considerava-se resposta positiva quando o uso do EPI estava indicado e era usado pelo profissional.

Os **índices de qualidade** (adesão) foram:

Enfermeiros (n=15) – índice de qualidade de **73,3%**

Equipa médica (n=15) índice de qualidade de **13,3%**

Assistentes operacionais (n=20) - índice de qualidade de **33,3%**

Análise dos resultados da primeira observação:

- ✓ Em relação ao uso do EPI quando há indicação para precauções de contacto, a adesão é baixa (inferior a 75%) nos grupos dos médicos e AO, e parcial no grupo dos enfermeiros. O uso de máscara quando não indicado contribuiu para baixar as

taxas de adesão embora não tenham repercussão na transmissão da infeção. Se este ponto fosse excluído o grupo dos enfermeiros teriam uma taxa de adesão de 86% (boa adesão), mas nos outros grupos o índice sofreria alterações pouco significativas. Existem aspetos a melhorar, principalmente no que respeita à higiene das mãos após a retirada do EPI. Isto verificou-se em todos os grupos profissionais mas com maior evidência nos Médicos e AO. Também o modo como se retira o EPI poderá ser melhorado, para evitar a contaminação do profissional que o usa.

- ✓ Em relação ao uso de luvas a taxa de conformidade foi parcial (84%) no grupo dos Enfermeiros e baixa nos grupos dos Médicos e AO. Nestes grupos observou-se a contaminação do ambiente inanimado devido ao facto das luvas não terem sido retiradas logo após o procedimento a que se destinavam. Verificou-se que foram usadas em mais do que num doente em algumas situações. Em todos os grupos foram observadas situações em que as mãos não foram higienizadas após a retirada das luvas sendo que a taxa de não adesão foi superior no grupo dos Médicos, seguido do grupo dos AO.
- ✓ Em relação ao uso de batas/aventais, verificou-se uma muito baixa taxa de adesão por parte do grupo dos Médicos, a não ser durante as precauções de contacto. O grupo dos AO, também apresentou uma taxa de adesão muito baixa (33,3%) ao uso de avental quando indicado.

Atividades desenvolvidas após a avaliação diagnóstica das práticas

Após análise dos resultados destas primeiras observações parecia obvia a necessidade de desenvolver ações de formação e sensibilização para a melhoria das práticas. O grupo dos médicos e dos AO foram os alvos prioritários, já que os seus índices de qualidade eram baixos, mas havia ainda aspetos a melhorar no grupo dos enfermeiros. Foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Equipa médica

Apresentação de resultados/sensibilização para as boas práticas: Os resultados foram apresentados ao diretor do serviço em Dezembro, como forma de o sensibilizar para o problema. Ficou decidido que estes resultados seriam apresentados e discutidos em sessão clínica com todos os médicos do serviço a qual se efetivou no início de Janeiro de 2013 (apêndice 10). A presença era obrigatória e estava toda a equipa médica. Houve muita discussão sobre os resultados e sobre as formas de melhorar

alguns aspetos como por exemplo a utilização correta de luvas. Em relação ao uso de aventais em situações que não envolvessem o isolamento de contacto, os médicos argumentaram que a zona da bata mais sujeita a contaminação seriam as mangas, pelo que o uso regular de avental para observar os doentes não fazia sentido para eles e o uso de bata de proteção seria impraticável. Falámos sobre as desvantagens da bata de manga comprida como fardamento e alguns médicos concordaram que poderiam usar fardas de manga curta como é habitual entre os colegas das unidades de cuidados intensivos. O diretor do serviço prometeu ponderar o assunto. Desta reunião ficou acordado que se seguiria outra sessão em colaboração com uma médica interna, desta vez para demonstrar as boas práticas na colocação e retirada do EPI e para treinar a técnica de higienização das mãos com recurso a luz ultra violeta e a soluto alcoólico com contraste que permite a visualização das zonas que não são abrangidas pela técnica. Desta forma os profissionais podem fazer a autoavaliação e perceber quais os passos da técnica que não são efetuados. A médica escolhida pelo diretor do serviço era uma das mais influentes no grupo dos colegas internos, o que se revelou uma mais-valia, pois ficou sensibilizada para o tema e posteriormente chamava a atenção dos colegas para as boas práticas.

Porque muitos profissionais não higienizavam as mãos após a retirada das luvas, propus ao coordenador da CCI a cedência pelo Laboratório de Microbiologia (do qual ele é responsável) de placas de Petri, para que os profissionais pudessem colocar as pontas dos dedos após a retirada daquele EPI, e mais tarde (48 horas) poderem observar o crescimento de colónias bacterianas (fig. 4).

Figura 4 - Placas de Petri após 48 h de incubação



Esta prática já tinha sido utilizada pela CCI em ações de formação, com grande impacto nos profissionais. Foram utilizadas 16 placas de Petri em 16 profissionais de todos os grupos. Passadas 48 horas de incubação foram mostradas a todos os

profissionais que se encontravam no serviço (turno da noite, manhã e tarde) e também na sessão com os médicos. Todos puderam constatar o crescimento bacteriano que se processa debaixo das luvas devido ao microclima quente e húmido que se forma durante o uso deste EPI. Durante a sessão, um médico voluntariou-se para colocar e depois retirar o EPI (foi utilizada máscara, óculos de proteção, bata e luvas). Foi uma sessão muito participativa e a luz ultra violeta expôs as fragilidades da técnica de higienização das mãos de muitos presentes. Ficou acordada uma nova observação ao uso de luvas já que o índice de qualidade tinha sido baixo. Definimos como objetivo aumentar o índice em 20%

Equipa de enfermagem

Apresentação dos resultados, sensibilização para as boas práticas na utilização de EPIs e discussão, numa sessão marcada para o efeito em Novembro de 2012. Foi feita sensibilização diária durante a prestação de cuidados para a necessidade da utilização do avental no contacto direto com o doente e para o impacto da utilização de máscaras na comunicação com a pessoa idosa. Na apresentação dos resultados das observações, a equipa concordou que se o EPI estivesse em zonas mais acessíveis seria mais utilizado. Habitualmente, após o período da manhã, o carro de apoio que contém roupa, artigos de higiene, aventais e luvas, é recolhido para um local que fica afastado das salas onde se encontram os doentes. Os profissionais quando necessitam de usar EPIs têm de se deslocar a esse local o que na prática significa que a maior parte do pessoal não o usa. Os enfermeiros sugeriram vários locais onde colocar o EPI e a opção que obteve maior consenso foi a colocação de suportes de luvas e aventais em locais estratégicos, no corredor junto às salas. Após duas semanas (foram fabricados na serralharia do hospital), os suportes foram montados e são frequentemente utilizados. A colocação do EPI junto aos locais de utilização é uma recomendação da DGS (2012).

Equipa de AO

Apresentação dos resultados, sensibilização para as boas práticas na utilização do EPI e discussão em sessão marcada para o efeito e nas suas passagens de turno, em Janeiro de 2013. As sessões foram muito participadas e os AO identificaram situações em que não utilizavam avental (p.ex. para fazer camas ocupadas, para descontaminar a unidade do doente após a alta) porque não tinham até à data a perceção da sua necessidade. Diariamente, durante o turno, foi feita sensibilização

chamando a atenção para as situações em que o uso de EPI era necessário. Durante a prestação de cuidados aos doentes fui várias vezes questionada sobre casos concretos em que havia dúvidas sobre a necessidade da sua utilização.

Avaliação das atividades desenvolvidas

Após as ações de sensibilização e formação, foram efetuadas novas observações nos casos que mereceram maior preocupação, nomeadamente a utilização de luvas por parte dos médicos e a utilização de aventais por parte dos AO.

Equipa médica

Foi feita nova observação ao uso de luvas (apêndice 9). Embora ainda se verifiquem não conformidades, **o índice de qualidade aumentou de 53,8% para 84%**, mais do que tinha sido definido pela equipa como objetivo, ou seja 20%, o que foi motivo de contentamento por parte de todos os envolvidos.

Equipa de AO

Foi feita observação ao uso de aventais e à adesão à sua utilização. Verificou-se uma melhoria dos índices de qualidade de 57% para 84%, no que diz respeito às boas práticas no seu uso e de 33,3% para 66,6% para a adesão à utilização, o que apesar de ter melhorado ainda se mantém baixa.

Equipa de enfermagem

Não foram feitas novas observações com recurso a instrumentos de colheita de dados nesta equipa. O serviço passou por um longo período de sobrelotação e não me pareceu adequado alhear-me de colaborar com os colegas ficando à parte a observar. Neste período havia ainda ações a desenvolver que me pareceram prioritárias nomeadamente a apresentação da escala de Barthel e reflexões acerca de casos reais. Como parte do plano de formação do serviço estava planeada para Fevereiro uma ação sobre controlo de infeção a ser apresentada por uma enfermeira que também é chefe de equipa e que me pediu colaboração. Assim, no último dia do meu estágio apresentámos uma ação conjunta sobre o isolamento de contacto e uso de EPI (apêndice 11) que serviu também para discutir os problemas surgidos em relação à sinalização dos doentes sujeitos a este tipo de isolamento e onde foram discutidos vários aspetos relativos à educação dos familiares em relação às medidas de controlo de infeção. Foi uma sessão muito importante já que foi feito um ponto de situação em relação ao que se conseguiu e se estabeleceram compromissos.

Ao acompanhar os colegas e através do exemplo da boa utilização do EPI que sempre me empenhei em cumprir, pude verificar que havia maior preocupação em o utilizar bem. A colocação do EPI em locais estratégicos facilmente alcançáveis quando necessário foi um grande estímulo para o seu uso por parte de toda a equipa e deve ser uma medida a implementar nos outros serviços do hospital CL. É importante que a equipa seja ouvida na definição desses locais, para que se consiga maior aceitação. Penso que em relação à utilização dos EPI por parte dos enfermeiros do serviço seria importante fazer nova avaliação num futuro próximo. Esta poderá ser efetuada internamente por profissionais do próprio serviço em colaboração com a CCI.

- ✓ **Objetivo específico** - Promover a deteção precoce dos sinais, sintomas e fatores de risco para a infeção a *C. difficile*.

Tendo em vista a necessidade de detetar precocemente a infeção a *C. difficile* a fim de tomar medidas atempadamente foram desenvolvidas algumas atividades. Através da análise de conteúdo já efetuada anteriormente, das folhas de colheita de dados e notas de evolução dos processos clínicos já referidos, em que não eram valorizados os indicadores para a deteção precoce dos fatores de risco da infeção e através de conversas informais com os colegas também na fase de diagnóstico, pude constatar que a suspeita de infeção a *C. difficile* era baseada em critérios subjetivos, mal definidos e pouco homogéneos. Foi criado um **fluxograma de atuação** em caso de suspeita de *C. difficile* que foi discutido com o coordenador da CCI que aprovou (apêndice 12). Na reunião efetuada em finais de Outubro o fluxograma foi apresentado e poderia ainda ser alterado se necessário. Os enfermeiros apresentaram algumas sugestões de formato que foram tidas em conta e o fluxograma foi alterado. Posteriormente ficou exposto na sala de trabalho e na sala de pausa para consulta. O indicador “consumo de antibióticos nas últimas 8 semanas” foi considerado importante mas difícil de averiguar, além de não haver local próprio na folha de colheita de dados para registar. As folhas de registo estão implementadas na instituição e não podem ser alteradas. Ficou acordado que seria pesquisado e sempre levado em conta no caso de o doente apresentar diarreia e registado nas notas de evolução. Sempre que existiam casos de doentes com diarreia eles eram discutidos, quer durante o turno, quer nas passagens de turno. Várias vezes foi iniciado o isolamento de contacto sem haver confirmação da infeção, tal como era indicado no fluxograma de atuação. Este revelou-

se um bom instrumento de apoio e uma mais-valia como forma de sistematizar o raciocínio perante os casos de diarreia.

Com a finalidade de sensibilizar a equipa médica e de enfermagem para a problemática da infeção por *C. difficile* e para a importância da sua deteção precoce, foi elaborado e distribuído um questionário anónimo de 12 questões de resposta múltipla com as respostas e explicação no final, destinado aos enfermeiros e médicos, “teste os seus conhecimentos sobre o *C. difficile*” (apêndice 13). Não se pretendia quantificar as respostas certas mas antes estimular os respondentes a pensar sobre o tema e consciencializarem-se do nível de conhecimentos de que eram detentores ao confrontar as suas respostas com as respostas corretas. Preencheram o questionário 15 enfermeiros e 6 médicos. Fui abordada algumas vezes para discutir questões constantes do questionário o que revelou que os profissionais ficaram sensibilizados para o tema. Deste modo puderam esclarecer dúvidas, quer lendo as respostas com a explicação, quer discutindo com os pares como me foi dado observar entre os médicos internos. Por outro lado, nas sessões de sensibilização que promovi na equipa multiprofissional, pude focar os aspetos que me pareceram ter levantado mais dúvidas.

4.1.3 Reflexão acerca das competências desenvolvidas

Este estágio permitiu-me o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010), mas também de **competências específicas da enfermagem à pessoa idosa**. Nesta área desenvolvi:

Capacidade de utilizar modelos de intervenção de cuidados de enfermagem específicos para as pessoas idosas;

Estratégias de apreciação/avaliação, juízo clínico, intervenção de enfermagem e avaliação com indicadores de resultados, favorecedoras da adaptação e recuperação da pessoa idosa partindo dum diagnóstico de enfermagem e dentro de um quadro teórico de enfermagem;

Capacidade de interação com a pessoa idosa e suas famílias partindo dum diagnóstico de enfermagem;

Capacidade de interagir nas equipas, profissionais, multiprofissionais em contexto hospitalar, de modo a oferecer uma ajuda apropriada em situações de cuidados em que as pessoas idosas se encontram;

Conhecimento dos recursos existentes no contexto extra hospitalar de forma a

poder apoiar o idoso e sua família no regresso a casa ou na transferência para outra instituição.

Nos quatro domínios de **competências comuns** para os enfermeiros especialistas, destacam-se:

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, identifiquei necessidades formativas na equipa multiprofissional, atuei como formadora em contexto de trabalho em todas as situações que considerei terem potencial de aprendizagem, quer através de momentos de reflexão (enfermeiros), quer de processos informais e de interação no dia-a-dia de trabalho (todos os grupos), mas também recorrendo a momentos mais formais para apresentação de temas pré definidos. Recorri também a ações de sensibilização nomeadamente para a equipa médica que tradicionalmente é pouco participativa em ações de formação mais estruturadas. Avaliei o impacto da formação e divulguei os resultados de modo a estimular os profissionais para a melhoria das práticas. Decorrendo do trabalho desenvolvido neste campo de estágio e como forma de contribuir para o conhecimento novo, colaborei na elaboração de um *poster* que foi apresentado no dia da ESEL. (apêndice 14)

No **domínio da melhoria da qualidade**, desempenhei papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, disseminando as normas de controlo de infeção da instituição promovendo desse modo a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro; concebi, geri e colaborei em programas de melhoria da qualidade, definindo indicadores assentes na evidência científica para avaliar a qualidade dos cuidados, utilizando instrumentos de avaliação para a realização de auditorias, análise dos resultados e revisão das práticas.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, gerindo na equipa de forma apropriada as práticas passíveis de comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. Isto verificou-se na prevenção e identificação de situações de risco, quer de alterações psicológicas do doente e família decorrentes do isolamento de contacto, quer de transmissão cruzada da infeção e também na defesa da dignidade e privacidade do doente com diarreia que é uma situação delicada e por vezes negligenciada.

No **domínio da gestão dos cuidados**, orientei e supervisionei as tarefas delegadas ao grupo das AO de forma a garantir a segurança e qualidade na área do controlo de infeção; disponibilizei assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborei nas decisões da equipa multiprofissional sempre que considere ser vantajoso para o doente idoso e/ou família.

4.2 Lar de idosos

4.2.1 Objetivo Geral 3 Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais do lar de idosos que mais recebe/envia idosos para o hospital CL, para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a C. difficile.

- ✓ **Objetivo específico** - Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais do lar de idosos, para a gestão dos casos de suspeita ou confirmação de infeção a C. difficile.

No primeiro dia a enfermeira chefe pediu-me para visitar novamente o “setor de apoio a dependentes”, e que anotasse os aspetos relacionados com a “transmissão das infeções” passíveis de melhoria. Fui também recebida por uma representante da direção da instituição que se dispôs a colaborar em tudo o que precisasse e que também me solicitou formação para os profissionais na área de controlo de infeção.

Atendendo ao pedido da enfermeira chefe, porque achei pertinente e fazia já parte dos meus planos, visitei novamente o “setor de apoio a dependentes” desta vez acompanhada pela senhora D, responsável pelos ajudantes de ação direta (AAD), que estava na instituição há 20 anos e tinha já desempenhado várias funções. Tinha sido incumbida pela enfermeira chefe de tomar nota dos aspetos que eu referisse.

Quando a primeira porta foi aberta, deparei-me com uma destas profissionais a prestar cuidados de higiene a uma idosa que estava deitada na cama. Estava completamente nua e destapada. Lavava a senhora idosa como quem lava qualquer outra coisa. Ao lado estava outra senhora, acordada. A Sr.^a D. inquiriu a colega sobre algo que já não percebi, ela respondeu e fechou novamente a porta. Senti-me bastante triste pela situação observada e decidi falar mais tarde com a Sr.^a D.

Fui observando a existência de práticas menos corretas relacionadas com o controlo de infeção, entre elas o uso incorreto de EPI e a higiene deficiente das mãos, práticas estas que podem ser fatores determinantes na transmissão de

microrganismos. Também pedi para visitar a lavandaria para averiguar como estava a ser tratada a roupa dos idosos, principalmente a roupa da cama. Pude observar que as práticas eram adequadas. Reuni com a responsável pelas compras dos detergentes e desinfetantes como forma de conhecer quais os produtos usados na descontaminação dos equipamentos, materiais e superfícies pois, no caso do *C. difficile*, por se tratar de bactérias esporuladas, o ambiente pode desempenhar um papel importante como reservatório destas bactérias. Sobre este assunto e a pedido da enfermeira chefe reuni com o representante da firma fornecedora dos produtos para esclarecimento das características dos mesmos.

No final destas atividades elaborei um relatório com sugestões que se encontra em anexo (apêndice 15). Pareceu-me haver abertura para as pôr em prática e nalguns casos foram de imediato dadas indicações nesse sentido.

Em relação às práticas relacionadas com o controlo de infeção decidimos (eu e a responsável pelos AAD) fazer uma campanha de sensibilização para a higiene das mãos para estes profissionais e uma ação de formação sobre as precauções básicas de controlo de infeção. Após reunião com a responsável pelo núcleo de formação da instituição e com a enfermeira chefe ficou acordado que a formação seria em sala com apresentação de *slides* e aberta a todos os profissionais (apêndice 16) e que seriam efetuadas duas apresentações.. Também ficou decidido que a campanha de sensibilização seria alargada a todos os grupos.

As ações de formação realizaram-se no dia 28 de Novembro de manhã e de tarde e tiveram a duração de uma hora e meia. Contaram com a presença de cerca de 50 profissionais. Houve lugar a discussão e esclarecimento de dúvidas e durante estas ações fui focando os aspetos relacionados com os problemas dos idosos, nomeadamente a necessidade de preservar a sua singularidade e privacidade. Sobre este assunto fui conversando informalmente com os AAD e com enfermeiros, chamando a atenção para situações particulares que ia observando. Percebi que, da parte dos enfermeiros, havia uma desmotivação muito grande para o desempenho das suas funções. A grande maioria referiu que não se sentia gratificada pelos cuidados prestados já que tinha consciência que não prestava cuidados de qualidade devido à escassez de pessoal de enfermagem. A sua permanência na instituição era ditada pela escassez de ofertas de emprego.

- ✓ **Objetivo específico** - Sensibilizar os idosos residentes para a importância da lavagem das mãos principalmente antes das refeições.

Como sensibilização para esta prática, tinha decidido em conjunto com o enfermeiro chefe fazer uma campanha de sensibilização para a higiene das mãos, com recurso ao equipamento de luz ultravioleta. A enfermeira chefe aceitou a ideia e decidimos desenvolver a campanha em todas as áreas da instituição onde permanecessem idosos. Nesta atividade fui sempre acompanhada pela responsável pela formação da instituição, que conhecia todos os idosos pelo nome e que se revelou uma colaboradora muito importante. No “setor de apoio a dependentes” tive a preciosa colaboração de uma residente (Dona C.) que estimulava os outros a participar, chamando todos os que passavam, residentes e profissional. Confessou-me que foi um dia muito animado para ela. A campanha teve uma adesão que superou todas as minhas expectativas. O número de idosos participantes foi superior a 100. Durante a campanha fomos chamando a atenção para a importância de lavar as mãos principalmente antes das refeições. Houve idosos que quiseram repetir a visualização como forma de avaliar se a sua técnica tinha melhorado desde a primeira vez. Os profissionais também aderiram à campanha, incluindo a enfermeira chefe e os médicos.

- ✓ **Objetivo específico** - Contribuir para a melhoria da comunicação entre o lar e o hospital nos casos de suspeita ou confirmação de infeção a *C. difficile*.

Reuni com a enfermeira chefe a fim de delinear estratégias para que o hospital fosse sempre avisado quando houvesse suspeita de infeção por este agente. Este tema tinha sido abordado durante as ações de formação a que a enfermeira chefe não tinha estado presente. Fiz um resumo da minha apresentação salientando os fatores que nos devem fazer suspeitar de infeção a *C. difficile*, e a enfermeira chefe concordou com os benefícios de haver um contacto prévio com o hospital, constituindo-se ela própria como responsável por contactar a CCI do hospital que avisa em seguida o serviço de urgência de modo a serem tomadas precauções desde a admissão do doente.

Estes contactos efetivaram-se e até à data a CCI já foi contactada 3 vezes. Não houve conhecimento de casos de doentes com situações suspeitas de infeção a *C. difficile* vindos deste lar, sem comunicação prévia. Penso que seria importante

estabelecer contacto com outros lares da área de Lisboa ou de áreas pertencentes ao hospital CL, de modo a instituir formas de comunicação para que se possa proceder do mesmo modo. Como enfermeira de controlo de infeção já contactei um destes lares de idosos (privado), oferecendo a minha ajuda para a gestão de um provável surto de *C. difficile*, mas não foi aceite na altura com o argumento que estava debelado. Deixei o meu contacto para situações futuras.

No estágio que efetuei nesta instituição, deparei com várias situações que me fizeram refletir acerca dos valores da enfermagem como ela é praticada nestes locais devido à escassez de enfermeiros e à pressão a que estes profissionais estão sujeitos por dificuldade em encontrar colocação no mercado de trabalho. Esta situação que levanta problemas de ordem ética não é exclusiva desta instituição. No entanto já foi comprovado (Aleixo, Escoval, Fonte & Fonseca, 2011) que a introdução de profissionais de enfermagem em lares de idosos conduz à melhoria da qualidade dos cuidados. Os autores concluíram que a avaliação da qualidade através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem, onde se incluem a eliminação e continência, o controlo da infeção, o número de doentes algaliados, a funcionalidade, permite uma melhor gestão de recursos humanos e materiais e traduz-se em ganhos em saúde. Também a integração nos lares de enfermeiros especialistas na área do idoso, contribui para a diminuição do número de internamentos hospitalares e de assistências nos serviços de urgência (Jane *et al.*, 1989).

Apesar de existir neste lar um sistema informatizado para a utilização de instrumentos de avaliação do idoso, este não é utilizado. Por outro lado não faria sentido usar os instrumentos se o objetivo não fosse a melhoria dos cuidados, o que sem enfermeiros não é possível.

A nível da continência muito haveria a fazer nesta instituição pois os idosos muitas vezes não têm outra opção a não ser urinar ou evacuar na fralda, já que não existem arrastadeiras nem máquinas para as descontaminar.

5 QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto foi desenvolvido em locais onde não desempenhava funções e como tal era um elemento estranho. Foi minha preocupação garantir que o projeto do estágio fosse aceite e autorizado pela direção de enfermagem do hospital CL e também pelos enfermeiros chefes do serviço de medicina e do lar de idosos onde o estágio se iria desenvolver. Dado que o projeto implicava o envolvimento da equipa multidisciplinar, o diretor do serviço de medicina também foi abordado. O projeto foi aceite por todos.

Ao longo do estágio mantive a preocupação de atender aos princípios éticos e valores do código deontológico do enfermeiro, no que diz respeito à defesa da liberdade e dignidade da pessoa idosa cuidada e família. Houve alguns aspetos que necessitaram de maior reflexão e que dizem respeito às infeções associadas aos cuidados de saúde. Colocava-se a questão se a informação ao doente e família sobre o modo de aquisição e transmissão destas infeções seria motivo de desconfiança em relação aos profissionais de saúde e se desse modo a relação terapêutica estaria ameaçada. Por outro lado, se as pessoas não fossem informadas, não cumpririam as recomendações necessárias o que poderia ter implicações no bem-estar dos outros doentes.

Outro aspeto dizia respeito ao dever do enfermeiro de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa promovendo a sua independência física psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;” (OE, 2005). Como salvaguardar este direito fundamental e ao mesmo tempo não expor os outros doentes, quando o idoso que se encontrava em isolamento num quarto, queria ou necessitava sair? As respostas a este tipo de perguntas são complexas e começam a ser discutidas em várias partes do mundo (Vincent, 2005; Erban, 2004). Tendo em mente este dilema, sem esquecer o dever de informar e o direito inalienável do doente e família à informação sobre a situação de saúde, tentei sempre informá-los acerca dos riscos decorrentes dos cuidados de saúde como a infeção a *C. difficile*, do contributo que eles poderiam ter na prevenção desses riscos e na transmissão da doença a outros doentes. Para isso foi necessário ouvir os seus receios e expectativas acerca do problema, responder às suas dúvidas e só depois de serem possuidores de toda a informação que julguei necessária, negociar e decidir em parceria a opção a tomar, sem esquecer o direito à segurança dos outros doentes. As soluções encontradas em

conjunto foram satisfatórias para todos os parceiros e a segurança dos outros doentes foi salvaguardada. Ao estabelecer uma relação de parceria estamos a defender outro direito inalienável, o direito à autonomia do doente e família (Gomes, 2011).

A fim de preservar o direito à igualdade dos doentes, foi sempre minha preocupação não cuidar exclusivamente da pessoa com infeção a *C. difficile*, (ou com suspeita) zelando para que as outras pessoas não se sentissem discriminadas.

Em relação aos doentes aos quais prestei cuidados, estes foram informados da minha situação académica e foi-lhes explicado o motivo e as condições da utilização dos instrumentos de avaliação e da colheita de dados. Foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade, além do direito à intimidade. Todas as informações passíveis de identificar a pessoa foram omissas. Nenhum dos doentes optou ser cuidado por outro enfermeiro ou recusou a utilização dos instrumentos de avaliação. Estes foram encarados como parte importante na elaboração do plano de cuidados conjunto. Apesar disso, e como forma de manter o princípio de não maleficência, foi assegurado que os doentes não sofreriam qualquer tipo de desconforto ou prejuízo e para tal a utilização dos instrumentos e a colheita de dados foram efetuados de acordo com a situação do doente e na altura que o doente considerou mais apropriada.

As observações das práticas que efetuei foram precedidas da autorização dos profissionais de saúde. Apesar de sabermos que o conhecimento de que se está a ser observado pode alterar os resultados das observações (Gay, 1986), não dar conhecimento e não ter o consentimento necessário seria eticamente reprovável. Esta preocupação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, e pelo direito à liberdade de escolha, à autodeterminação. Como consagrado no Código de Nuremberga, foi dada hipótese aos participantes de recusar ou a qualquer momento desistir, sem ser necessária qualquer explicação o que no entanto não veio a acontecer. Na tentativa de minimizar o problema da alteração do comportamento dos participantes aquando das observações, o consentimento obtido teve por base um período alargado durante o qual as observações poderiam acontecer.

6 CONCLUSÃO

Desde que iniciei as minhas funções na CCI em 1996, que me interrogava acerca das repercussões que as recomendações que fazemos têm no bem-estar das pessoas internadas e suas famílias, principalmente nos aspetos relacionados com a instituição de medidas de isolamento. Devido ao aumento dos casos de DACD verificado nos últimos anos, tenho observado que estas medidas são aplicadas pelos profissionais de saúde de forma muitas vezes exagerada e até injustificada, talvez influenciados pela exuberante sintomatologia que os doentes apresentam e a facilidade com que esta infecção se transmite. As transições que ocorrem durante a velhice (reforma, viuvez, morte de amigos, aparecimento de doenças crónicas, entre outras), associadas à transição saúde doença que motiva a hospitalização (Schumacher, Jones & Meleis 1999), tornam indispensável a vigilância constante dos enfermeiros de forma a detetar sinais que indiquem que o processo de transição não se está a processar de forma saudável e a ajudar o idoso a desenvolver mecanismos de *coping*. O isolamento de contacto pode implicar menor contacto com os profissionais de saúde e com a família, pelo que deve ser implementado de forma coerente e responsável. No entanto não é fácil cumprir as medidas de controlo de infecção e ao mesmo tempo salvaguardar os direitos dos doentes como tenho observado ao longo destes quase 17 anos. Fazer um projeto nesta área foi um desafio difícil mas estimulante e exigiu muita investigação e reflexão. Durante este trajeto pus muita coisa que considerava certa em causa e a ansiedade inicial em relação ao meu estágio foi ultrapassada à medida que me fui sentindo mais capaz de prestar cuidados à pessoa idosa e família utilizando um modelo de intervenção de enfermagem adequado, o modelo de parceria que se revelou extremamente gratificante não só para mim mas também para os idosos e famílias, que cuidei. De início, porque era reconhecida como perita na área de controlo de infecção, fui olhada com alguma desconfiança e notei que alguns profissionais não se sentiam à vontade quando eu estava presente por recearem críticas ao seu desempenho. Com o passar dos dias penso ter conquistado a confiança da maioria, para o que contribuiu tê-los acompanhado na prestação de cuidados e falado individualmente dos meus objetivos, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática. Atualmente, sempre que visito um serviço para dar orientações acerca das precauções a tomar no caso de doentes com infecção a microrganismos resistentes, olho de maneira diferente para a situação e penso sempre nas repercussões que as minhas orientações podem ter no

bem-estar dos doentes e famílias. Sinto agora que o que aprendi me deu instrumentos para poder fazer de modo diferente e também para influenciar os outros profissionais e os membros da minha equipa da CCI a considerar certos aspetos que não eram até aqui tidos em conta. Algumas das atividades que desenvolvi durante o estágio e que tiveram a colaboração de enfermeiros do serviço, estão agora a ser discutidas na CCI para serem implementadas em todo o hospital CL, nomeadamente o folheto educativo para as visitas sobre a DACD (apêndice 6) e o fluxograma de atuação no caso de diarreia (apêndice 12).

Considero ter atingido competências que me permitem cuidar de pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e de sua família, na área de enfermagem médico-cirúrgica vertente de especialização pessoa idosa. Desenvolvi igualmente competências comuns de enfermeira especialista tal como são definidas pela OE (2010), nos domínios da **responsabilidade profissional e ética, da gestão dos cuidados, da promoção da qualidade dos cuidados de saúde e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

De acordo com os objetivos do mestrado que espero agora concluir, considero ter reforçado capacidades de investigação para uma prática baseada na evidência, identificando, analisando e sintetizando a evidência dos resultados da investigação para responder a questões clínicas e desenvolver uma prática de cuidados inovadora, analisando as dimensões éticas, políticas, sociais e económicas ligadas à investigação em enfermagem. Neste sentido desenvolvi o raciocínio crítico e a capacidade de argumentação em torno dos problemas encontrados.

Parti para este estágio situando-me no nível de “competente” na área do idoso de acordo com Benner, (2001) e agora que terminei este percurso sinto-me mais apta a intervir como enfermeira perita, também nesta área. O que realmente importa é saber onde queremos ir, para assim podermos progredir nessa direção, umas vezes mais depressa outras mais devagar mas sempre com um rumo. De acordo com esta autora “a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58). Esse é o meu rumo, cresci como pessoa que também é enfermeira e que sabe agora cuidar do outro que é idoso, que tem um projeto de vida e por isso sabe para onde quer ir, apenas precisa que o acompanhem. Agora que estou prestes a terminar este percurso académico, o meu caminho ainda mal começou mas sei que vou na direção certa.

REFERÊNCIAS

- Abad, C., Fearday, A., Safdar, N. (2010). "Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review" *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97-102
- Aleixo, T., Escoval, A., Fonte, R., & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 141-149
- American Heritage Dictionary (2006). American Heritage Dictionary. Houghton Mifflin Company. Boston, MA.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida* 25(2):59-66
- Avci, M.; Ozgeng O.; Coskuner S.A.; Olut, A.I. (2012) "Hospital acquired infections (HAI) in the elderly: comparison with the younger patients". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54 (1):247-50
- Barbier, J.M., (1991) – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-34106-8;
- Barnett, J. S. (2012). "Clostridium difficile: A new look at an old but increasingly deadly infection". *JAAPA: Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 25(1): Pages 32-36
- Barrat, R., Shaban, R., Moyle, W. (2011) "Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice". *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193.
- Becker, S., & Crossetti, M. (2007). Ampliando a consciência do eu: o cuidador olhando-se no espelho. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 28(1), 27-34.
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito. Excelência e poder Na prática de enfermagem* Edição comemorativa. Coimbra, Quarteto. ISBN 972-8535-97-X
- Bensley, R., Brookins-Fisher, J. (2009). *Community Health Education Methods: A Practical Guide*. 3th Edition: Jones & Bartlett Learning publishers, ISBN 978-0-7637-5533-1
- Bôas, P., & Ruiz, T. (2004). "Occurrence of hospital infection among interned elderly in a university hospital". *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 372-378.
- Bogdan, R., Biklen, S.K. (1982). *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. Boston, Allyn and Bacon
- Cahill, J. (1998). "Patient participation - a review of the literature". *Journal Of Clinical*

Nursing, 7(2), 119-128 Doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00132.x

Camillis, P., & Antonello, C. (2010). "Um estudo sobre os processos de aprendizagem dos trabalhadores que não exercem função Gerencial" (Portuguese). *Revista de Administração Mackenzie*, 11(2), 4-42.

Cash, J. C. & GLASS, C. A. (2011) *Family Practice Guidelines* Springer

Catalano, G., Houston, S., Catalano, M., Butera, A., Jennings, S., Hakala, S., & ... Laliotis, G. (2003) "Anxiety and Depression in Hospitalized Patients in Resistant Organism Isolation" *Southern Medical Journal* 96(2), 141

Chick, N., & Meleis, A.I. (1986) "Transitions: A nursing concern". In P.L. Chinn (Ed.) *Nursing research methodology*, (pp. 237-257) Boulder, CO: Aspen Publication

Cober, E & MALANI, P; (2009) "*Clostridium difficile* infection in the "oldest" old: clinical outcomes in patients aged 80 and older" *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(4), 659-662. Doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02182.x

Cohen, L.; Manion, L. & Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. 5ª Edição, London: Routledge

Cohen, S.H., Gerding, D.N., Johnson, S., Kelly, C.P., Loo, V.G., McDonald M.C. et al (2010). "Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adult. Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA)". *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(5), 431-455

Comissão Europeia (2010). *Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativo ao Ano Europeu do Envelhecimento Activo (2012)*. Acedido a 31/05/2012 em: [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com\(2010\)0462_/com_com\(2010\)0462_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2010)0462_/com_com(2010)0462_pt.pdf)

Comissão Europeia (2012). *Relatório da Comissão ao Conselho*. Bruxelas. Acedido a 24 de Fevereiro de 2013, em:

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_pt.pdf

Cruz-Jentoft, A., Baeyens, J., Bauer, J., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., & ... Zamboni, M. (2010). "Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of The European Working Group on Sarcopenia in Older People" *Age And Ageing*, 39(4), 412-423.

Davies, H., Rees, J. (2000) "Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance". *Nursing Standard*, 14, 28, 35-38

Davies, S. (2005). "Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of

- nursing home entry". *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671
doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x
- Day, H.R., Morgan, D.J., Himelhoch, S., Young, A., Perencevich, E.N. (2011). *Am J Infect Control*. 39(2): 163–165. doi:10.1016/j.ajic.2010.06.024.
- Day, H.R., Perencevich, E.N. Harris, A.D., Gruber-Baldini, A.L., Himelhoch, S.S., Brown, C.H., Dotter, E., Morgan, D.J (2012). *Infect Control Hosp Epidemiol*. 33(1): 34-39. doi: 10.1086/663340.
- Despacho Ministerial de 08-06-2004,Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 06 de Junho de 2012 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dewing, J. (2004). "Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people" *Journal Of Clinical Nursing*, 13(3a), 39-44.doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00925.x
- Direção-Geral da Saúde, Divisão de Segurança do Doente (2009). Infeção por *Clostridium difficile*. Esclarecimento da Direcção-Geral da Saúde. de 14 de Maio
- Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Controlo de Infeção, (2009a). Relatório do Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção. Acedido a 1 de Maio de 2012, em:<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Controlo de Infeção, (2010). Relatório de Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção. Acedido a 1 de Maio de 2012, em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- Direção-Geral da Saúde (2012) – Norma nº 029/2012 de 28/12/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Acedido a 01/01/2013 em: <http://www.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (n.d.) <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> Acedido a 31 de janeiro 2013
- Dubberke, E., Gerding, D., Classen, D., Arias, K., Podgorny, K., Anderson, D., & ... Yokoe, D. (2008). Strategies to prevent clostridium difficile infections in acute care hospitals. *Infection Control And Hospital Epidemiology: The Official Journal of The Society of Hospital Epidemiologists of America*, 29 Suppl 1S81-S92.
- Eraut, M. (2004). "Informal learning in the workplace" *Studies in Continuing Education* 26(2), DOI: 10.1080/158037042000225245
- Erban, J. (2004). "Informing the public" *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 171(4), 309. doi:10.1503/cmaj.1041050

- Findik, U., Ozbaş, A., Cavdar, I., Erkan, T., & Topcu, S. (2012). Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *International Journal Of Nursing Practice*, 18(4), 340-346. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02049.x>
- Foucault, M. (1982). Técnicas de si. Acedido a 29-03-2013 em: <http://michel-foucault.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/tecnicas.pdf>
- Foucault, M. (2004) "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Acedido a 5 de Março de 2013, em: <http://www.scribd.com/doc/39604359/A-etica-do-cuidado-de-si-como-pratica-da-liberdade-Michel-Foucault>
- Fries, J.F. (1980) "Aging, natural death, and the compression of morbidity" *New England Journal of Medicine*, 303 (3), 130–135
- Gammon (1998), "Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs" *International Journal of Nursing Practice*, 4: 84–96. doi: 10.1046/j.1440-172X.1998.00084.x
- Gay, L.R. (1986). *Educational Research. Competencies for Analysis and Application*. 3ª Edição. Columbus: Merrill Publishing Company
- Gibbs, G. (1988) - *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit, Oxford Brookes University, Oxford
- Gill, T., Allore, H., Holford, T., & Guo, Z. (2004). Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *Jama*, 292(17), 2115-2124.
- Gill, T., Allore, H., Gahbauer, E., & Murphy, T. (2010). Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 304(17), 1919-1928.
- Gleeson, M. & Timmins, F. (2004) "Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia" *Nursing Older People*, 16(2), 18-21
- Gomes, I.D (2002). *O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso. "O Erro de Narciso"*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. 221p.
- Gomes, I.D.(2007) *Parceria e Cuidados de Enfermagem – Uma questão de cidadania*, Ed. Formasau, Formação e saúde Lda
- 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

- Gomes, I.D. (2011). "Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team" *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*. First edition: September 2011.
- Grande Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 2004
- Grossman, S. & Mager, D. (2010). "Clostridium difficile: implications for nursing" *MEDSURG Nursing*, 19(3), 155-158.
- Haley, R., Culver, D., White, J., Morgan, W., Emori, T., Munn, V., & Hooton, T. (1985). "The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals". *Am J Epidemiol*, 121:182-205
- Hay, A. (2006). "Audit in infection control" *Journal of Hospital Infection* 62, 270–277
[http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com\(2010\)0462_/com_com\(2010\)0462_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2010)0462_/com_com(2010)0462_pt.pdf)
- Infection Control Nurses Association, 2005. *Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the Community Setting*, 48 p.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Destaque – Censos 2011- Resultados pré-definitivos de 21 de Março de 2011
- Itano, J.K., Taoka, K.N. (2005). *Core Curriculum for oncology nursing* (4ª Ed.) Elsevier Sounderf. ISBN 0-7216-0357-2
- Kane, R. L., Garrard, J., Skay, C. L., Radosevich, D. M., Buchanan, J. L., McDermott, S. M., & Kepferle, L. (1989). Effects of a Geriatric Nurse Practitioner on Process and Outcome of Nursing Home Care. *American Journal of Public Health*, 79(9), 1271-1277.
- Karas, J., Bradshaw, S., Mahmud, W., & Enoch, D. A. (2010). "Mortality in hospitalized older adults associated with Clostridium difficile infection at a district hospital". *Infectious Disease Reports*, 2(1), 19-21. doi:10.4081/idr.2010.e8
- Kelly, C. P., LaMont, J.T (2008) "Clostridium difficile — More difficult than ever" *N. Engl. J. Med*, 359:1932-40
- King, R. N. & Lager, S. L. (2011) "Incidence of Clostridium difficile Infections in Patients Receiving Antimicrobial and Acid-Suppression Therapy" *Pharmacotherapy*, 31(7), 642-648.
- Kirkland, K. M. (1999), *Adverse effects of contact isolation*. *Lancet*, 354(9185), 1177-1178.
- Kirkwood, T. (2002) "Evolution of ageing" *Mechanisms of Ageing and Development* 123

(7); 737- 745

- Kravetz, R. (2009) "To Touch or Not to Touch: That Is the Question". *American Journal of Gastroenterology*, 104(9), 2143-2144, doi:10.1038/ajg.2009.478
- Kyne, L., Merry, C., O'Connell, B., Kelly, A., Keane, C., & O'Neill, D. (1999) "Factors associated with prolonged symptoms and severe disease due to *Clostridium difficile*". *Age and Ageing*, 28(2), 107-113.
- Laffan, A., Bellantoni, M., Greenough, W., & Zenilman, J. (2006). "Burden of Clostridium Difficile-Associated Diarrhea in a Long-Term Care Facility" *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54(7), 1068-1073. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00768.x
- Larson E, Killien M. (1982). Factors influencing hand washing behavior of patient care personnel. *American Journal of Infection Control*. 10:93-9
- Lemos, R.C.A., Rossi, L.A. (2002). "O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade". *Rev Latino-am Enfermagem*, 10 (3): 345-57.
- Loo, V., Bourgault, A., Poirier, L., Lamothe, F., Michaud, S., Turgeon, N., & ... Dascal, A. (2011) "Host and pathogen factors for Clostridium difficile infection and colonization" *The New England Journal of Medicine*, 365(18), 1693-1703
- Madeo, M. (2003) "The psychological impact of isolation". *Nursing Times*, 99(7), 54-55
- Majid, H. A., Emery, P. W., & Whelan, K. K. (2008). "Attitudes of patients and nurses towards diarrhoea during enteral tube feeding", *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 21(4), 395, doi:10.1111/j.1365-277X.2008.00881_30.x
- Manian, F. A. (2007) "Is It Clostridium difficile Infection or Something Else? A Case-control Study of 352 Hospitalized Patients with New-onset Diarrhea", *Southern Medical Journal*, 100(8), 782-786
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Menezes, V. M. (2010), Código de Hamurábi comentado. Archeologie Biblique, em: <http://arqueologiabiblica13.blogspot.com/2010/04/codigo-de-hamurabi-comentado.html>, Acedido em 31-01-2012
- Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Despacho Ministerial de 08-06-2004. Acedido a 06 de Junho de 2012 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

- Monaghan, T., Boswell, T & Mahida, Y.R. (2008). Recent advances in *Clostridium difficile* - associated disease. Gut published online. doi:10.1136/gut.2007.128157
- Monge, D. (2011). "Risk factors for Clostridium difficile infections in hospitalized patients". *Medicina Clínica*, 137(13), 575-580
- Morgan, D., Pineles, L., Shardell, M., Graham, M., Mohammadi, S., Forrest, G., & ... Perencevich, E. (2013). The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. *Infection Control And Hospital Epidemiology: The Official Journal Of The Society Of Hospital Epidemiologists Of America*, 34(1), 69-73. doi:10.1086/668775
- Mutsonziwa, G., & Green, J. (2011). Colonised and isolated: a qualitative metasynthesis of patients' experiences of being infected with multiple drug resistant organisms and subsequent isolation. *Healthcare Infection*, 16(4), 147-155.
- Nações Unidas (2002) – 2ª assembleia mundial sobre o envelhecimento, Madrid, em:<http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/Idosos-Saude.pdf>.
Acedido em 24 de Fevereiro de 2013
- National Institute for Clinical Excellence. (2002) Principles for best practice in clinical audit. Oxford: Radcliffe Medical Press;
- Nazarko, L. (2007). "Managing diarrhoea in the home to prevent admission", *British Journal of Community Nursing*, 12(11), 508-512
- Nazarko, L. (2009). "Understandings and managing *Clostridium difficile*". *Nursing & Residential Care*, 11(10), 490-495
- Newton, J., Constable, D., and Senior, V. (2001) "Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients". *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 275-280.
- Oliver, S., & Redfern, S. (1991) "Interpersonal communication between nurses and elderly patients: refinement of an observation schedule". *Journal of Advanced Nursing*, 16(1), 30-38. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01494.x
- Ordem dos Enfermeiros (2003) Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02/02/2013, em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento da individualização das especialidades*

clínicas de enfermagem. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

- Pacheco, M., & Spyropoulos, V. (2010), "The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families", *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174.
- Paillaud, E., Herbaud, S., Caillet, P., Lejonc, J., Campillo, B., & Bories, P. (2005). "Relations between under nutrition and nosocomial infections in elderly patients" *Age & Ageing*, 34(6), 619-625. doi:10.1093/ageing/afi197
- Pakyz, A., Carroll, N., Harpe, S., Oinonen, M., & Polk, R. (2011). "Economic Impact of *Clostridium difficile* Infection in a Multihospital Cohort of Academic Health Centers". *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*.546-551. DOI: 10.1592/phco.31.6.546
- Pépin, J., Gonzales, M., & Valiquette, L. (2012). Risk of secondary cases of *Clostridium difficile* infection among household contacts of index cases. *Journal Of Infection*, 64(4), 387-390.
- Phaneuf.M. (2002).*Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência, Ed. Técnicas e científicas Lda.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva
- Ramos, S. (2008) – *Tecnologias da Informação e Comunicação: Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*. Aveiro. Acedido a 02/02/2013 em:http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf
- Ratnaike, R. N. & Jones, T. E. (1998) "Mechanisms of Drug-Induced Diarrhoea in the Elderly" *Drugs & Aging*, 13(3), 245-253.
- Recomendações para a prevenção da transmissão cruzada de *Clostridium difficile* (Comissão de Controlo da Infeção do Hospital de Santa Maria, Lisboa 2008)
- Rees J, Davies H, Birchall C, Price J (2000) "Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction". *Nursing Standard*, 14, (29) 32-36
- Ribas, R., & Gontijo F., P. (2003). "Comparing hospital infections in the elderly versus younger adults: an experience in a Brazilian University Hospital" *The Brazilian Journal of Infectious Diseases: an Official Publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases*. 7(3), 210-215.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento, Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2007). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva das Etapas*. Percursos ISBN 1646-5067. Nº15 (Janeiro - Março 2010) Págs 2-37.
- Russell-Babin, K. A. (2010). Evidence-based nursing. Calling all opinion leaders! Keys to the diffusion of evidence. *Nursing Management*, 41(9), 8-11. doi:10.1097/01.NUMA.0000387093.87940.1e
- Schumacher K.L., Jones P.S., Meleis A.I. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In: Swanson EA, Tripp-Reimer T, eds. *Life Transitions in the Older Adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals*. New York: Springer; 1–26.
- Scientific American. (2009). Nobel Prize in Physiology or Medicine em: <https://www.scientificamerican.com/podcast/episode.cfm?id=nobel-prize-in-physiology-or-medicine-09-10-05> Acedido a 11 de Março de 2012
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel
- Shigeta, Y. (2009). “Exploring the relationship between skin property and absorbent pad environment” *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1607-1616. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02606.x
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M. Chiarello, L. HICPAC (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Acedido a 21 de Abril de 2012 em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Santos, E., & Santana, M. (2009). Cuidado, auto cuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703.
- Simor, A.E., Bradley, S.F., Strausbaugh, L.J. Crossley, K., Nicolle, L.E. (2002). *Clostridium Difficile* in Long-Term-Care Facilities for the elderly. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. SHEA Position Paper, 696-703.
- Sousa, M.T.N.L.A. (2005) Estudo epidemiológico de estirpes produtoras de Betalactamases de espectro alargado, da família Enterobacteriaceae, no HSM. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Stouten, J., & De Cremer, D. (2010). “Seeing is believing: The effects of facial expressions of emotion and verbal communication in social dilemmas”. *Journal of Behavioural Decision Making*, 23(3), 271-287. doi:10.1002/bdm.659
- Sunenshine, R.H., McDonald, L.C. (2006). “*Clostridium difficile* - associated disease: New challenges from an established pathogen”. *Cleveland Clinic Journal of*

Medicine, 73(2), 187-197.

Szlej, C., Farfel, J. M., Saporetti, L. A., Jacob-Filho, W., Curiati, J. A. (2008) Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. *Einstein*, 6(3):337-42

Tal, S., Gurevich, A., Guller, V., Gurevich, I., Berger, D., & Levi, S. (2002). Risk Factors for Recurrence of *Clostridium difficile*-associated Diarrhea in the Elderly. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 34(8), 594-597. Doi: 10.1080/00365540210147525

Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001), "Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population" *Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254.

Teramura-Grönblad, M., Hosia-Randell, H., Muurinen, S., & Pitkala, K. (2010) "Use of proton-pump inhibitors and their associated risks among frail elderly nursing home residents" *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 154 doi:10.3109/02813432.2010.493315

University of Western Sydney, (2007) - Project Management Methodology, Acedido a 02/02/2013 em: http://www.uws.edu.au/executive_projects_office/epo/project_management_methodology

Vaishnavi, C. "Established and potential risk factors for *clostridium difficile* infection", *Indian J Med Microbiol* 2009; 27:289-300

Vieira, A.N., Machado, M.V., Lito, L. Cristino, J.M., Fernandes, A., Maldonado, R. (2010), "Diarreia Associada a *Clostridium difficile* num Hospital Central", *Jornal Português de Gastrenterologia*, (17), 10-17

Vincent, J., Brun-Buisson, C., Niederman, M., Haenni, C., Harbarth, S., Sprumont, D., & Torres, A. (2005). Ethics roundtable debate: A patient dies from an ICU-acquired infection related to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*--how do you defend your case and your team? *Critical Care (London, England)*, 9(1), 5-9.

Vital signs: preventing *Clostridium difficile* infections (2012). *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(9), 157-162

Vonberg, R. P., Kuijper, E. J., Wilcox, M. H., Barbut, F. F., Tüll, P. P., Gastmeier, P. P., & Stone, S. S. (2008). Infection control measures to limit the spread of *Clostridium difficile*. *Clinical Microbiology & Infection*, 14(S5), 2-20. doi:10.1111/j.1469-0691.2008.01992.x

Watson, R. (2008) "Research into ageing and older people" *Journal Of Nursing*

- Management*, 16(2), 99-104. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00834.x
- Weinstein, R.A., Kabins S.A. (1981). Strategies for prevention and control of multiple-drug resistant nosocomial infections. *Am J Med*; 70:449-54
- Wendhausen, A., & Rivera, S. (2005). The care of oneself as an ethical principle of nursing's work [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(1), 111-119.
- Willis, M. L., Palermo, R. & Burke, D. (2011) Social Judgments are Influenced by Both Facial Expression and Direction of Eye Gaze. *Social Cognition*, 29(4), 415-429 doi:10.1521/soco.2011.29.4.415
- World Health Organization (1999). Ageing: Exploding the Myths. WHO/HSC/AHE/99.1. Geneva
- World Health Organization (2005) – Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde
- Zastrow, R. L. (2011). “The Contact Precautions Controversy”, *American Journal of Nursing*, 111(3), 47-53

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Questão de investigação: *Qual o impacto do isolamento de contacto no bem-estar do doente idoso e família?*

Bases de Dados: A pesquisa foi realizada a 02/02/2013 na EBSCO sem restrição de bases de dados e sem restrição de data de publicação.

Descritores: source isolation OR contact isolation OR isolation precautions OR contact precautions (Em qualquer campo) AND (experience OR impact OR perception OR effect OR psychological) NOT children.

Crítérios de inclusão: artigos originais, quantitativos e qualitativos ou revisões sistemáticas da literatura, cuja população incluisse pessoas idosas hospitalizadas e sujeitas a isolamento por infeção.

Roteiro da Pesquisa: Resultaram 288 artigos. Após exclusão de artigos repetidos e estudos cujo tema ou população não era a pretendida foram excluídos outros estudos pela leitura do resumo, e ainda outros após a leitura integral do texto, por não se encaixarem nos critérios definidos. Alguns deles apenas focavam o impacto do isolamento na prevalência da infeção e não nos doentes. Foram excluídos artigos de revisão e de opinião e ainda outros que apresentavam metodologia pouco clara. Restaram 12 artigos.

Estudo	Objetivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de estudo	Resultados
Morgan et al, (2013)	Investigar o modo como o isolamento de contacto influencia o comportamento dos profissionais de saúde.	O estudo abrangeu 4 hospitais de agudos nos EUA, que fazem vigilância ativa para o MRSA. Decorreu em 6 UCI e 7 enfermarias médicas e cirúrgicas durante cerca de 19 meses em 2010 e 2011.	Observadores treinados utilizando instrumentos <i>standardizados</i> , observaram os profissionais de saúde por períodos de 1 hora, durante a prestação de cuidados de "rotina".	Estudo quantitativo, prospetivo de coorte.	Foram observadas 7743 visitas de profissionais de saúde em 1989 horas. Os doentes sujeitos a isolamento de contacto, foram visitados menos 36,4% de vezes por hora do que os não isolados e as visitas duraram menos 17,7% de tempo de contacto; Os doentes sob isolamento de contacto tendem a ter menos visitantes; A adesão à higiene das mãos é significativamente maior nos profissionais quando cuidam de doentes sob isolamento. A diferença entre a adesão à higiene das mãos dos profissionais foi estatisticamente significativa após a saída do quarto de isolamento, mas não antes de entrar.
Day et al, (2012)	Investigar a relação entre as precauções de contacto e o delirium, depois de ajustados outros fatores.	Doentes adultos não psiquiátricos internados num hospital terciário dos EUA de 2007 a 2009.	Os dados dos processos dos doentes foram colhidos no repositório central do hospital. Foram usadas	Estudo de coorte, retrospectivo.	Após ajustadas a comorbilidade, idade, sexo, admissão numa UCI, demora média, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre as precauções de contacto e o

Estudo	Objetivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de estudo	Resultados
			Equações de estimação generalizadas para tratamento estatístico.		delirium, nos doentes que eram colocados sob medidas de isolamento no decorrer do internamento. Não se verificou esta associação nos doentes que ficavam em isolamento logo na altura da admissão.
Findik et al, (2012)	Avaliar os efeitos do isolamento de contacto nos níveis de depressão e ansiedade dos doentes, se estas são influenciadas pelas características dos doentes e quais os sentimentos destes acerca do isolamento de contacto.	2 grupos de doentes internados, 60 sob isolamento de contacto e 57 sem isolamento.	Aplicação de escalas (depressão e ansiedade) e de formulário de colheita de dados do doente.	Estudo quantitativo, quase experimental Estudo de caso e controlo.	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ansiedade e depressão entre os doentes isolados e os não isolados. Nos doentes isolados os níveis de depressão foram mais elevados nos doentes do sexo feminino, que tinham menores recursos financeiros e nível baixo de escolaridade. A maioria dos doentes (86,4%) referiu sentir-se satisfeita por estar num quarto de isolamento.
Mutsonziwa, et al, (2011)	Identificar, comparar e sintetizar estudos sobre a experiência de estar infetado com microrganismos multiresistentes e ficar sob isolamento de contacto.	9 Estudos qualitativos com 7 temas centram que descreveram a experiência do isolamento de contacto de 108 participantes.	Os trabalhos selecionados foram lidos e avaliados a partir do método meta-etnográfico.	Metasíntese qualitativa	A análise interpretativa da metasíntese, revelou a necessidade de promover uma comunicação efetiva e adequada com o doente, integrar o ponto de vista do doente nas políticas de isolamento, utilização de um modelo de cuidados interdisciplinar, melhorar a educação e as competências do pessoal.
Day et al, (2011)	Medir a prevalência da depressão e ansiedade na altura da admissão num hospital de veteranos de guerra, para determinar se os que são colocados sob isolamento de contacto estão em maior risco do que os que não o são.	Todos os doentes admitidos num hospital de veteranos dos EUA, entre Janeiro e Outubro de 2009.	Aplicação de um questionário com dados demográficos e de uma escala de depressão e ansiedade. Para avaliar o grau de conforto com as precauções de contacto, foi dada informação ao doente sobre o isolamento de contacto e apresentada fotografia de um profissional equipado com bata e luvas.	Estudo quantitativo de caso e controlo	Foram estudados 108 doentes dos quais 20 ficaram sob isolamento de contacto. Após ajustadas as variáveis idade, sexo e nível de instrução, os doentes internados que foram colocados em isolamento de contacto tinham maiores níveis de depressão e ansiedade do que os que não foram isolados, embora a diferença não fosse estatisticamente significativa. Cerca de 40% do total da amostra referiu sentir-se desconfortável com as precauções de contacto, não havendo diferenças nos dois grupos.

Estudo	Objetivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de estudo	Resultados
Abad et al, (2010)	Determinar se o isolamento de contacto leva a problemas psicológicos ou físicos nos doentes	16 Estudos de 1966 a 2009.		Revisão sistemática da literatura	O isolamento de contacto influencia negativamente o bem-estar psicológico e comportamento dos doentes, incluindo medo, depressão, ansiedade e hostilidade. Os contactos dos profissionais com os doentes são também menos frequentes e mais curtos. A educação do doente pode ser um passo importante para diminuir os efeitos psicológicos negativos isolamento.
Pacheco & Spyropoulos, (2010)	Explorar a experiência de isolamento dos doentes com <i>C. difficile</i> suas famílias em contexto de internamento.	Amostra de conveniência de 5 doentes e 5 familiares (1 familiar de cada doente) em contexto de internamento, num hospital universitário do Canadá.	Aplicação de entrevistas semiestruturadas.	Qualitativo e descritivo.	Os doentes isolados experimentaram um sentimento de solidão devido à falta de visitas de amigos e familiares. O sentimento de incerteza acerca do percurso da doença foi relatado por doentes e familiares sendo gerador de preocupação. Tanto os doentes como os familiares relataram como um tema importante as dificuldades em compreender o modo de transmissão da doença. A adesão às precauções de contacto são alvo de hipervigilância por parte dos doentes e famílias. Tanto os doentes como os familiares relataram falta de consistência na implementação das medidas de isolamento pelos profissionais de saúde e os familiares falta de consistência nas informações prestadas.
Catalano et al (2003)	Averiguar se os doentes com infeção sujeitos a isolamento de contacto tinham maiores níveis de depressão e ansiedade do que os que tinham infeção mas não eram sujeitos a este tipo de isolamento.	N= 51 doentes internados num hospital universitário dos Estados Unidos,, divididos em 2 grupos com media de idades de 52,2 e 59 anos.	Aplicação de escalas de depressão e ansiedade, à entrada e após uma e duas semanas de isolamento.	Estudo quantitativo, de caso e controlo.	Os doentes sujeitos a isolamento por infeção, experimentam maiores níveis de depressão e ansiedade do que os que têm infeção mas não são isolados.
Newton et al (2001)	Avaliar a perceção dos doentes acerca da sua experiência de isolamento por infeção a MRSA	N=19 doentes internados num hospital do Reino Unido com média de idades de 67 anos	Aplicação de entrevistas semiestruturadas pela enfermeira de controlo de infeção.	Estudo qualitativo, fenomenológico. Os dados foram sujeitos a análise indutiva.	O isolamento de contacto é percebido pelos doentes como tendo aspetos tanto negativos (menos atenção por parte dos enfermeiros e solidão), como positivos (mais privacidade mais liberdade em relação as visitas).

Estudo	Objetivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de estudo	Resultados
Davies & Rees (2000), e Rees et al.	Investigar distúrbios de humor, satisfação dos doentes e outros fatores relacionados com a qualidade dos cuidados prestados aos doentes sob precauções de isolamento.	21 doentes sob precauções de isolamento internados em cuidados intensivos e em enfermarias de reabilitação. Doentes isolados maioritariamente por MRSA e <i>C.difficile</i> .	Aplicação de questionários por entrevista, e aplicação de escalas (depressão e ansiedade), pelo enfermeiro de controlo de infeção.	Estudo quantitativo, descritivo.	57% sofriam de distúrbios do humor, mas a depressão parece ser pouco diagnosticada pelo pessoal. Havia uma tendência para os maiores índices de ansiedade estarem relacionados com a prescrição de medicação antidepressiva.
Kirkland & Weinstein, (1999)	Avaliar o efeito de uma política de isolamento que requer o uso de bata e luvas na frequência e duração dos contactos entre os profissionais de saúde e os doentes, e na adesão à lavagem das mãos.	Profissionais de saúde durante a prestação de cuidados a doentes internados numa UCI nos EUA, durante 7 meses.	Observação direta dos profissionais durante a prestação de cuidados a doentes em isolamento de contacto e a doentes não isolados.	Estudo prospetivo, quantitativo não experimental, de caso e controlo.	Os profissionais entram metade das vezes nos quartos de doentes em isolamento de contacto do que no quarto dos doentes não isolados, no entanto a adesão à lavagem das mãos é significativamente mais elevada no caso dos doentes em isolamento.
Gammon (1998).	Investigar o modo como as alterações psicológicas da hospitalização e isolamento de contenção, influenciam os mecanismos de <i>looping</i> do doente	N= 40 doentes internados em dois grandes hospitais e um hospital geriátrico do Reino Unido, divididos em 2 grupos, com e sem isolamento, com medias de idade de 61 e 52 anos respetivamente	Aplicação de escalas (depressão, ansiedade, autoestima), e questionário (autocontrolo sobre a doença)	Estudo quantitativo, quase experimental, de caso e controlo.	Os doentes sujeitos a isolamento por infeção, experimentam maiores níveis de depressão e ansiedade, e menores níveis de autoestima e autocontrolo sobre a situação de doença do que os doentes não isolados.

APÊNDICE 2
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Tabela 2 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (2)

Atividades (Lar de Idosos)	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Entrevista com o Enfermeiro Chefe e visita às instalações.			Férias de Verão				Férias de Natal			Apresentação Relatório Final	
Ação de formação sobre as dúvidas detetadas na equipa pelo Enf.º Chefe, acerca da prevenção da transmissão cruzada de <i>C.difficile</i> .											
Estabelecer canal de comunicação entre o lar e o hospital CL.											
Campanha de sensibilização para a higiene das mãos com recurso a equipamento que permite visualizar a eficácia da técnica.											
Sessões de Tutoria											

APÊNDICE 3
APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS COLEGAS

O enfermeiro perante o idoso internado por infeção a *Clostridium difficile*

Dizente:
Teresa Amores

Docente:
Prof. Idalina Gomes

Lisboa, Outubro de 2012

Finalidade do projeto

Contribuir para a prevenção da infeção a *Clostridium difficile* e das suas complicações em contexto de internamento na pessoa idosa

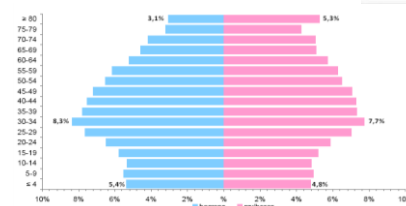
Objectivos gerais

Desenvolver competências na área do cuidado à pessoa idosa, em contexto hospitalar utilizando o modelo de parceria

Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da transmissão da infeção a *Clostridium difficile* do doente idoso em contexto hospitalar.

Envelhecimento

- Pirâmide populacional em Portugal (INE -2007)



- Em 2011 (INE)
 - Idosos recenseados 65 ou mais anos – 19.1%
 - Jovens 0 aos 14 anos – 14,9%
- A incidência das Infecções Associadas aos cuidados de saúde (IACS) é maior nos grupos etários mais elevados

Infeções Associadas aos Cuidados de saúde (IACS)

- ❖ A flora indígena tem um papel importante na defesa do hospedeiro. Impede a colonização de microrganismos patogénicos, através de vários mecanismos de competição e a produção de compostos antibacterianos
- ❖ O tratamento com antibióticos interfere profundamente no ecossistema microbiano e quando isto ocorre em ambiente hospitalar onde o consumo de antibióticos é grande e o hospedeiro se encontra debilitado, a sua flora indígena é substituída por outras bactérias geralmente mais resistentes e mais virulentas que colonizam o indivíduo
- ❖ Se houver condições favoráveis podem provocar infecções.

Infecção por Clostridium difficile

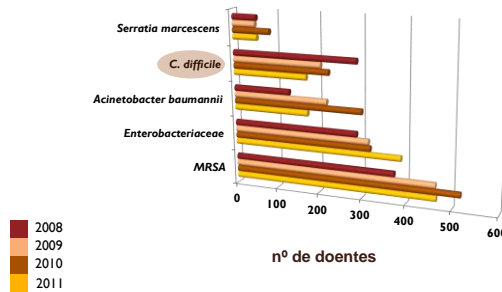
- ❖ O *Clostridium difficile* é um bacilo Gram positivo anaeróbio, com a capacidade de formar esporos, que causa colite pseudomembranosa, provocando diarreia muitas vezes recorrente que pode progredir para megacolon tóxico, sepsis e morte
- ❖ Principal agente etiológico de diarreia de origem infecciosa dos doentes hospitalizados no mundo desenvolvido e causa frequente de gastroenterite infecciosa devida à terapêutica antimicrobiana em doentes idosos hospitalizados
- ❖ O contacto representa a principal via de transmissão a qual resulta da disseminação pessoa a pessoa, por via fecal-oral, principalmente em doentes internados.

Infecção por Clostridium difficile

- ❖ Nos últimos anos reemergiu com maiores repercussões a nível da morbidade e mortalidade, tornando-se um problema grave de saúde pública.
- ❖ Pensa-se que as causas da reemergência desta bactéria se relacionem com o aparecimento de estirpes mais virulentas e também com o envelhecimento da população.
- ❖ A mortalidade aumentou 400% nos Estados Unidos, de 2000 para 2007 e cerca de 90% das mortes ocorreram em indivíduos com mais de 65 anos.

Infecção por *Clostridium difficile*

Gráfico 1 - Microrganismos “alerta” no hospital e posição relativa do *C. difficile*



(Dados fornecidos pelo Lab. microbiologia à CCI)

Infecção por *Clostridium difficile*

- ❖ Em 2011, cerca de 80 % dos doentes com *C. difficile* tinham mais de 65 anos. Destes, cerca de 65% estavam em serviços de medicina.
- ❖ Nos serviços de medicina ocorrem frequentemente surtos devidos a esta bactéria. Os doentes idosos são os mais atingidos.
- ❖ Este serviço é um dos serviços com mais casos.

Infecção por *Clostridium difficile*

Serviço de medicina X

- ❖ Em 2011 foram internados cerca de 1060 doentes. A média de idades foi de 71,8 anos (min 17 anos, max 99 anos). A maioria dos doentes provinha do domicílio (79%), e cerca de 13% de lares de idosos.
- ❖ Em 2011 houve 17 casos de doentes com DACD, dos quais apenas 1 não era idoso. A média de idades dos idosos foi de 79,2 anos.
- ❖ Este ano de 2012, no primeiro semestre houve já 12 casos de infeção a *Clostridium difficile* em doentes idosos com média de idades de 81,6 anos (min 70, max 100).
- ❖ A origem provável da infeção em 50% dos casos foi do próprio serviço (transmissão cruzada) e os restantes de outras instituições, 5 de lares de idosos, e uma de outro hospital.

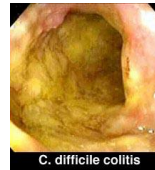
Fatores de risco para a infecção a *C. difficile*

- ❖ Idade avançada
- ❖ Gravidade da doença subjacente,
- ❖ Número de dias de hospitalização,
- ❖ Uso de inibidores de bomba de prótons
- ❖ Antibioticoterapia prévia.



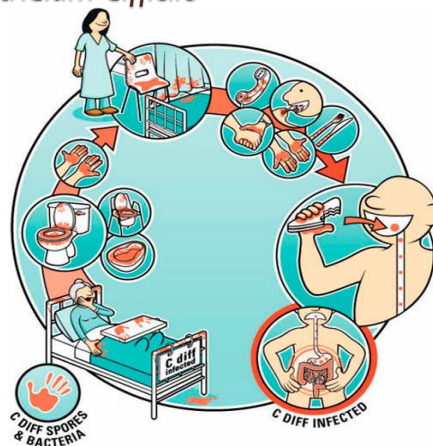
Sinais/sintomas de infecção a *C. difficile*

- ❖ Diarreia com cheiro fétido, mais de 3 defeções/dia, podendo ultrapassar as 20, febre, leucitose, desconforto e plenitude abdominal.
- ❖ Na colonoscopia podem ver-se placas amareladas (pseudomembranas)



www.ghealth.com/newsletter/41/imgCdifcile.jpg

Clostridium difficile



Síntese das recomendações da CCI

(CCI, 2008)

	<i>Clostridium difficile</i>
Via de Transmissão	Contacto (fecal-oral)
Reservatório	Intestino
Quarto individual	Fortemente recomendado. Se não for possível, fazer "coortes" com outros doentes com <i>C. difficile</i>
Bata/avental	Contacto directo c/ o doente ou sua unidade
Luvas	Contacto directo com o doente ou locais sujeitos a contaminação fecal.
Máscara	Sem indicação específica
Higiene das mãos	Lavar com água e sabão (álcool não destrói esporos)
Visitas	Não devem contactar com outros doentes ou com as suas unidades. Devem lavar as mãos após sair da unidade. Não é necessário uso EPI excepto se prestar cuidados de higiene e em situações particulares.
Equipamento/material clínico	Individualizar sempre que possível (principalmente arrastadeira e bacia de higiene) Usar "sacos de arrastadeira".
Descontaminação do ambiente (após lavagem)	Superfícies resistentes ao cloro - Pastilhas NaDcc, 2500 ppm Colchões, almofadas e outras superfícies não resistentes ao cloro - Desinfectante esporicida em pulverizador.

Comissão de Controlo da Infecção do Hospital, (2008). *Recomendações para a prevenção da transmissão cruzada de Clostridium difficile*, Lisboa.

Clostridium difficile

- ❖ Um grande número de idosos internados com esta doença, independentes para as suas actividades de vida diária, apresentam **deficit de mobilidade e de declínio funcional** na altura da alta, resultando frequentemente no seu internamento em instituições.

+

- ❖ O doente sujeito a isolamento de contacto fica confinado ao seu quarto → diminuição da **mobilidade** → **declínio funcional**.
- ❖ Doentes isolados por infeção, apresentam níveis significativamente mais elevados de **stress, ansiedade e depressão**, níveis mais baixos de **auto estima e de percepção de autocontrolo da sua situação**
- ❖ As precauções de contacto incluindo o isolamento, estão também associadas a **solidão, aborrecimento, confinamento e estigmatização**.

Infecção por *Clostridium difficile*/problema

- ❖ Na equipa multidisciplinar por vezes os equipamentos de proteção não são usados da forma mais correta
- ❖ As visitas são aconselhadas a colocar equipamento de proteção individual (EPI) que usam incorretamente. Muitas vezes ficam assustadas e associam-no à gravidade da doença da pessoa que visitam. Por vezes, quando não lhes é pedido que o usem, questionam o motivo e referem sentir-se desprotegidos.
- ❖ O uso de algum equipamento de proteção (p.ex. máscaras) por parte do pessoal e das visitas, torna-se uma barreira à comunicação com o doente que, devido às precauções de contacto, já se encontra isolado e em risco de ansiedade e depressão.

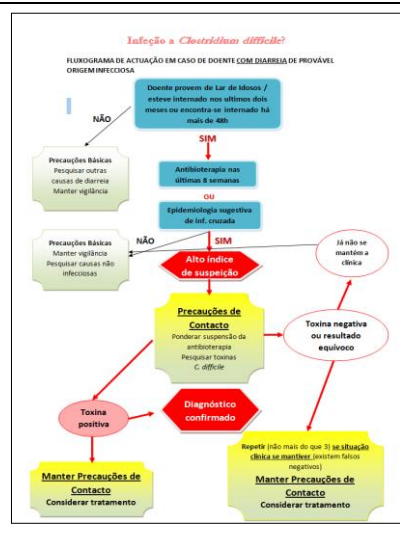
<p>Quais os cuidados a ter quando tiver alta?</p> <p>Quando sair do hospital o seu familiar pode voltar à sua vida normal, pois provavelmente já não terá diarreia. No entanto, existem alguns cuidados que ele deve manter para não se voltar a infectar e não transmitir a doença aos outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprir a prescrição médica corretamente (tomar os antibióticos até ao fim). • Lavar as mãos com frequência, sempre após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos; • Contatar o médico se voltar a ter diarreia e deve referir que teve infeção a <i>C.difficile</i>  <p>Lavar as mãos após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos é uma medida simples mas muito importante para a proteção de toda a família</p>	<p><i>Clostridium difficile</i></p>  <p>O que deve saber</p>
--	---

<p><i>Clostridium difficile</i> (C.difficile)</p> <p>O que é?</p> <p>É uma bactéria que se encontra no intestino de algumas pessoas saudáveis sem causar doença, porque a flora indigena ("bactérias boas") do intestino não deixam que se desenvolva. Em doentes hospitalizados, sobretudo quando tomam antibióticos a flora indigena morre e o <i>C. difficile</i> pode multiplicar-se e causar diarreia.</p> <p>Como se transmite?</p> <p>O <i>C.difficile</i> está presente nas fezes das pessoas infetadas que têm diarreia, e contaminam superfícies tais como a cama, casa de banho (sanitas, manipulo do autoclismo, etc). As outras pessoas ao tocar nessas superfícies contaminam as mãos.</p> <p>Se comerem ou tocarem na boca sem lavar as mãos, as bactérias são ingeridas e chegam ao intestino podendo provocar infeção. Pessoas com as mãos contaminadas podem também transmitir a bactéria a outras.</p>   <p>O <i>C.difficile</i> pode ser tratado?</p> <p>Sim. Por vezes é necessário tomar um antibiótico específico durante alguns dias. Os sintomas normalmente desaparecem passados dois a três dias do início do tratamento.</p>	<p>O que deve fazer quando visita um doente com <i>C. difficile</i>?</p> <p>LAVE AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO DEPOIS DA VISITA</p> <p>Lave as mãos com água e sabão depois da visita. Os solutos alcoólicos que existem à porta das enfermarias, não são indicados para as situações de infeção com esta bactéria. Pode usá-los antes da visita.</p> <p>NÃO CONTACTE COM OS OUTROS DOENTES NEM COM OS SEUS OBJETOS</p> <p>Os outros doentes estão frequentemente mais suscetíveis à infeção por <i>C.difficile</i>. Ao contactar com eles depois de contactar com o seu familiar pode transmitir-lhes esta bactéria.</p> <p><u>Por cuidarem de vários doentes</u>, os profissionais de saúde usam bata e luvas ao cuidar do seu familiar, para proteger os outros doentes.</p> <p>É necessário usar luvas, bata ou máscara?</p> <p>Não deve usar, a não ser que lhe seja pedido por razões especiais e lhe expliquem como usar.</p> <p>Se estiver a tomar antibióticos ou se em casa, estiver a cuidar de alguém muito debilitado, fale com o enfermeiro que lhe explicará como deve fazer.</p> <p>A maneira mais eficaz de se proteger é lavar as mãos com água e sabão.</p> <p>NÃO SE SENTE NA CAMA NÃO COMA DURANTE A VISITA</p>
--	--

Infecção por *Clostridium difficile*

- ❖ Muitas vezes os doentes são internados com um diagnóstico diferente e o doente já apresenta diarreia há algum tempo. Muitos deles provêm de lares de idosos.
- ❖ Não existe um procedimento padronizado acerca do modo de actuação perante um doente com fatores de risco ou sintomatologia suspeita de infeção a *Clostridium difficile*.

Proposta de fluxograma de actuação



Modelo de parceria – O doente idoso como um ser com um projeto de vida

- ❖ Trabalhar em parceria com o idoso e família aumenta a satisfação de todos os parceiros (enfermeiro, idoso, família).
- ❖ Aumenta a adesão ao plano terapêutico já que implica haver negociação.
- ❖ Promove o respeito pelo outro

Modelo de parceria

Implica que se conheça o outro e os seus projetos de vida, desenvolvendo uma relação de confiança;

Implica capacitar ou possibilitar o cuidado do outro, transformar capacidades potenciais em reais

Que haja um compromisso entre os parceiros, para cumprir um plano conjunto de acordo com o projeto de vida do idoso.

Finalmente, que o idoso seja capaz de cuidar de si próprio ou que esse cuidado seja prestado por outro (cuidador), de acordo com o plano traçado.

Conhecer o outro, desenvolver relação de confiança – revisão dos processos

Indicador - Situação socio-familiar	Registado	Não registado
Estado civil	8	6
Profissão (quando reformada não se regista o que fazia)	5	9
Pessoa significativa	3	11
Pessoa com quem habita	10	4
Apoio domiciliário	5	9
Recursos económicos (suficientes ou não)	0	14
Condições habitacionais e sanitárias (casa de banho, elevador)	0	14
Ocupações/projeto de vida	2	12

Conhecer o outro, desenvolver relação de confiança

Indicador – Contexto da doença	Registado	Não registado
Proveniência	11	3
Motivo de internamento	11	3
Diagnóstico	14	0
Antecedentes pessoais	14	0
Medicação habitual	10	4
Antibioterapia ultimas 8 semanas	0	14
Internamentos anteriores	6	8

Conhecer o outro, desenvolver relação de confiança

Indicador – Necessidades básicas	Registado	Não registado
Comunicação	13	1
Locomoção e mobilidade (também no domicílio).	12	2
Risco de quedas	14	0
Integridade da pele	14	0
Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	14	0
Higiene pessoal	12	2
Eliminação vesical	11	3
Eliminação intestinal	11	3
Eliminação intestinal há 2 semanas atrás ou antes do episódio actual (regularidade intestinal, características das fezes)	2	12
Hidratação	12	2
Alimentação (estado nutricional, alterações)	13	1
Alimentação, uso de prótese, falta de peças dentárias.	8	6
Alimentação, necessidade de ajuda	13	1
Sono e repouso	8	4

Obrigada



APÊNDICE 4
ESTUDO DE CASO



3º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção Pessoa Idosa

Estudo de caso:

O idoso hospitalizado com infeção a *C.difficile*

Discente:

Teresa Amores nº 4098

Orientadora:

Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa

Fevereiro 2013

INTRODUÇÃO

A Sr.^a ML foi a primeira idosa de quem cuidei. Já estava internada no meu primeiro dia de estágio. Sentia-me um pouco ansiosa, pois já não prestava cuidados diretos a doentes havia mais de 16 anos, embora as minhas atividades como enfermeira da CCI se desenvolvessem quase exclusivamente nos serviços de internamento.

O primeiro contacto que tivemos foi bastante caloroso o que fez com que a minha ansiedade desaparecesse rapidamente. De uma forma muito natural utilizei as primeiras fases do modelo de parceria para conhecer a doente e para me dar a conhecer e à medida que nos íamos conhecendo também nos fomos envolvendo e construindo uma relação de confiança mútua. À tarde, quando o filho da Sr.^a ML chegou, ela chamou-me para mo apresentar. Foi a única visita que ela teve nos dias em que cuidei dela. O Sr. MA (era o seu nome) era também o cuidador desde a morte do pai. Foi ele quem me forneceu muitas das informações necessárias para que pudesse realizar este estudo da situação de cuidados que a seguir apresento.

A. O que sabemos da pessoa

a) Dados demográficos

Nome: ML., prefere ser chamada por L.

Idade: 80 anos; sexo feminino; leucodermica.

Naturalidade: Lisboa;

Residência: Benfica, Lisboa

Estado civil: Viúva, com 2 filhos.

Profissão: Doméstica, nunca trabalhou fora de casa.

Habilitações literárias: 2º ano do ensino secundário.

b) Experiências de vida significativas

Há cerca de 1 ano enviuvou. O marido, o Sr. AJ morreu com um enfarte agudo do miocárdio de forma muito repentina, evento muito marcante na vida da Sr.^a ML que deu início a um processo de transição que ainda não conseguiu concluir. Contava-me assim: “eramos muito felizes (...) depois ele morreu de repente e acabou tudo...!”

Repete muitas vezes “com a morte do meu marido, acabou-se tudo....há muitas coisas que gostava de fazer e já não tenho interesse...”. Começou nessa altura a tomar “comprimidos para os nervos” (sic). Deambulava com alguma dificuldade (refere sofrer de “estenose do canal medular” tendo recusado cirurgia), mas saía de casa acompanhada e apoiava-se numa bengala.

Há cerca de 3 meses esteve internada por um período de 3 semanas na sequência de desidratação por diarreia de provável etiologia infecciosa, tendo ficado com grande redução da mobilidade após o internamento. Desde essa altura deixou de sair “mesmo para ir ao cabeleireiro” (sic), atividade na qual ainda sentia prazer, permanecendo sentada a maior parte do dia. Esse internamento foi para ela uma experiência muito negativa que “prefere esquecer” (sic): “*nem gosto de falar disso...foi horrível...estava sempre sujar-me... Sentia-me sempre tão mal...*”. Contou-me, no entanto, que esteve várias vezes suja durante horas, principalmente à noite, umas vezes porque os enfermeiros tinham muito trabalho e não podiam lavá-la sempre que se sujava “...eles diziam-me que vinham logo, mas às vezes passava o tempo e eles não vinham... às vezes já tinha feito outra vez...”, outras vezes porque até ela já tinha vergonha de dizer que estava suja.

Estamos perante uma idosa em processos de transição (Meleis, 2010) múltiplos e sobrepostos. A morte do marido cuja transição (situacional) ainda não concluiu, sobrepõe-se a outra transição (saúde – doença), despoletada pelo internamento em Junho que resultou em diminuição da mobilidade à qual a Sr.^a ML e família não se adaptaram apesar de a Sr.^a ML dizer que “está tudo bem como está”. Esta desadaptação, por sua vez, está na origem da queda que motivou o internamento atual.

c) Crenças e valores

Projeto de vida - A Sr.^a ML anseia por ir para casa para voltar à “normalidade” (sic). Neste momento é o seu único anseio, voltar a ir para casa com o filho. Revela dificuldades em se adaptar à sua situação transitória de pessoa hospitalizada que precisa de cuidados de saúde e encara o hospital como um local onde tudo é negativo como ficou demonstrado quando se referiu à almofada que tem em casa e que lhe proporciona muito conforto, recusando a ideia de a trazer para o hospital: “nem pensar, é só de casa, não a quero aqui neste ambiente...”.

Sentido dado à doença - Associa muito a doença à morte do marido. Diz que se ele estivesse vivo ela não estaria assim com tantas limitações de mobilidade, pois “não se teria deixado ir abaixo”. Segundo ela a queda que motivou o internamento atual foi “um acidente que nunca mais vai acontecer, nem nunca aconteceu antes”.

d) Individualidade da pessoa – padrão de vida único

Necessidades humanas básicas/ atividades de vida diária (AVD) - Um dos aspectos fundamentais da avaliação geriátrica é o estado funcional do idoso, já que a hospitalização aumenta de forma significativa o risco de despoletar ou aumentar o declínio funcional dos idosos particularmente os mais frágeis (Gill, Allore, Gahbauer & Murphy, 2010), tal como aconteceu com a Sr.^a ML na sequência do último internamento.

De acordo com dados colhidos durante a entrevista com a Sr.^a ML e filho, ela apresentava, 2 semanas antes do internamento atual, dependência grave para as atividades de vida diária (AVD), principalmente ao nível da mobilidade, com pontuação de 40 no Índice de Barthel (anexo 1). Também apresentava dependência severa para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – Índice de Lawton com pontuação de 25 (anexo 2)

Respirar – Eupneica em repouso. Sem necessidade de suporte de oxigénio, com saturações periféricas de 96%. Boa amplitude torácica. Respiração de amplitude superficial, ritmo regular, sem sinais de tiragem, supra-clavicular ou intercostal.

Comer e beber – Desde há alguns dias, come pouca quantidade de alimentos que recusa muitas vezes quase nunca come toda a refeição. Não tem apetite e refere náuseas quando tenta ingerir alimentos. Não precisa de ajuda para se alimentar ou cortar os alimentos (pontuação de 10 no item “alimentação” do índice de Barthel). Bebe líquidos sozinha sem problemas embora em casa reduzisse a ingestão de líquidos como forma de diminuir o débito urinário (referido pelo filho e confirmado pela mãe) de modo a não ter de urinar na fralda quando o filho não está. Para avaliação nutricional foi utilizado o Mini Nutritional Assessment (MNA) já que deteta precocemente sinais de desnutrição antes mesmo de surgirem alterações bioquímicas (anexo 3).

Na avaliação inicial (triagem) deste instrumento obteve a pontuação de 10, havendo neste caso (valor igual ou inferior a 11) indicação para continuar o

preenchimento do questionário. A pontuação total foi de 22, o que significa que a Sr.^a ML se encontra sob risco de desnutrição. Nega alterações do paladar ou olfato.

Manter a temperatura corporal – Sem problemas. Normotérmica (Temperatura timpânica = 36,4°C). Sente frio facilmente, gosta da água do banho bastante quente.

Manter-se limpa – É independente para lavar a cara, maquilhar, pentear, lavar os dentes se lhe forem fornecidos os objetos necessários. Não consegue tomar banho sozinho (pontuação de 0 no item “banho” do índice de Barthel), mas lava o tronco (zona anterior) e os braços se lhe forem fornecidos os objetos (esponja, água e sabão). Em casa, com a ajuda do filho ia à casa de banho com apoio de andarilho, para fazer a sua higiene pessoal. Não tomava banho integral pois não conseguia subir para a banheira. No hospital recusa o banho no chuveiro: “ainda por cima no inverno!? Nem pensar, já da ultima vez que estive no hospital me constipei por ter apanhado muito frio na casa de banho...jurei que nunca mais...”.

Eliminar – É continente do esfíncter urinário mas tem acidentes ocasionais (índice de Barthel, item “Urinar” com pontuação de 5). Usava fralda em casa que retirava para ir à sanita, quando o filho estava em casa. Quando o filho não estava, urinava na fralda. Sem problemas do trânsito intestinal. É totalmente continente (índice de Barthel, item “evacuar” com pontuação 10). Segundo a Sr.^a ML, era muito raro ter de evacuar na fralda, “não evacuava na fralda, esperava sempre pelo meu filho para me levar à sanita.” (sic). No hospital tem usado sempre fralda. Refere sentir-se mais segura.

Movimentar-se e manter a postura correta – Em casa transferia-se para uma cadeira de rodas com ajuda do filho (índice de Barthel, item “transferência” com pontuação 5). Consequia dar alguns passos com ajuda do filho e do andarilho (Barthel, item “mobilidade” com pontuação 0). Tinha uma almofada “apropriada para cadeiras de rodas que era muito confortável” (sic). No hospital tem recusado o levante para o cadeirão “fico com muitas dores, nem pensar nisso...”. Na cama necessita de ajuda parcial na alternância de decúbitos fazendo no entanto pequenas mudanças de posição sem ajuda. Força muscular mantida nos membros superiores (5/5 na escala de Lower) e força diminuída nos membros inferiores (4/5 na escala de Lower), anexo 4.

Vestir e despir-se – Em casa vestia-se com ajuda, principalmente para vestir e despir as calças e calçar os sapatos (Barthel, item “vestir/despir” com pontuação 5).

Atualmente pode ajudar a vestir e despir as mangas da camisa de noite. Não consegue ajudar a vestir ou despir as calças.

Evitar os perigos

Visão: Diminuída. Usa óculos apenas para ler. Tem-nos consigo mas não os tem usado, não lhe tem apetecido ler. Quando os coloca consegue ler uma revista ou jornal sem dificuldades.

Audição: Mantida

Sensibilidade: Mantida nos membros superiores, pulsos palpáveis, sem edemas. Diminuída nos membros inferiores (provavelmente devido à estenose do canal medular) onde refere ter por vezes sensação de dormência e formigueiro bilateral. Sem edemas, com pulsos pediosos palpáveis.

Risco de quedas – Foi uma queda que esteve na origem do internamento atual. À data de internamento apresentava risco elevado de queda (score 6 segundo a escala de risco de queda de Downton), anexo 5.

Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (avaliado na escala de Braden com o score de 13), anexo 6. Sem zonas de interrupção de continuidade, no entanto observam-se zonas de eritema na região nadegueira

A escala de Braden e a de Downton, são escalas utilizadas por rotina à entrada e periodicamente de acordo com a situação do doente.

Comunicar: Comunicativa, gosta de conversar quando é abordada mas geralmente não toma a iniciativa para dialogar. Não tem problemas na articulação das palavras nem em entender o que lhe é dito.

Dormir e repousar – Toma ansiolíticos e dorme bem em casa. No hospital por vezes dorme pouco “devido ao barulho que os outros doentes fazem de noite” (sic).

Praticar a sua religião – Católica, mas “não vai à igreja” (sic). Por vezes reza.

Ocupar-se – Em casa, vê televisão e lê revistas de entretenimento. No hospital raramente lê (não há televisão na sala). Refere não ter “ânimo...só quero sair daqui.”.

e) Avaliação cognitiva e emocional

Encontra-se orientada no tempo, espaço e pessoa. Não aparenta deficits cognitivos (Mini Mental State Exam com pontuação 27, que significa sem demência),

anexo 7.

Tendo em conta que a Sr.^a ML se expressava muitas vezes com comentários depreciativos acerca de si própria, manifestando baixa de autoestima, e como nos seus antecedentes pessoais constava síndrome depressivo, pareceu pertinente a avaliação da existência de depressão pelo que foi utilizada a versão abreviada de 15 itens da Escala Geriátrica de Depressão (GDS). A pontuação obtida de 9, indicou a presença de depressão leve (anexo 8). Apesar de referir não estar satisfeita com a sua vida (item da GDS) por causa da morte do marido, refere também gostar da vida que tem em casa com o filho. Quando está com o filho ao telefone ou durante a visita demonstra sempre muita satisfação.

B. O que sabemos do meio que a rodeia

Descrição da situação

Toda a informação foi colhida através de entrevista com a Sr.^a ML e também com o filho que é cuidador.

A Sr.^a ML, tem 2 filhos e 1 neto. Nasceu e casou em Lisboa, mas viveu grande parte da sua vida com o marido e filhos em Lourenço Marques até 1974, altura em que a família regressou a Lisboa. Nunca trabalhou fora de casa, cuidou dos filhos e do marido e ocupava-se dos afazeres domésticos com a ajuda da empregada que ainda mantém e com quem criou laços de amizade. Sempre foi independente para todas as atividades até há cerca de alguns meses.

Vive em Benfica numa habitação arrendada, no 6^o andar com elevador. Tem banheira e não tem chuveiro com acessibilidade para cadeira de rodas. Vive com o filho, o Sr. MA de 45 anos, solteiro que trabalha por vezes por turnos e cuida da mãe antes e depois de terminar o dia de trabalho. Ajuda-a de manhã a levantar para uma cadeira de rodas e vai trabalhar. Quando regressa ajuda-a a levantar e leva-a à casa de banho para fazer a sua higiene pessoal. Foi calculado o score do índice de Barthel correspondente a 15 dias antes do internamento, cujo valor foi de 40 (anexo 1) o que revelava já dependência grave.

O Sr. MA revela dificuldades relacionadas com o seu papel de cuidador com implicações na sua vida social, situação económica, bem-estar físico e mental no relacionamento com a mãe e com a restante família. (foi utilizado o Índice para

avaliação das dificuldades do prestador de cuidados - CADI), anexo 9. Encara o papel de cuidador como um dever: “adoro a minha mãe...ela dedicou a vida a tratar de nós todos, agora é altura de tratarmos dela...como eu é que vivo com ela, eu é que tenho o dever de tomar conta dela...”, o que origina sentimentos de culpa quando sente falta do convívio com os amigos, ir ao cinema, sair à noite, etc. Apesar do seu ordenado que considera ser suficiente para as despesas correntes, e da pensão da mãe, que segundo ele não chega para pagar a totalidade da renda de casa, os recursos financeiros não são suficientes quando é necessário fazer despesas extra como por exemplo mudar a banheira para colocar poliban. Por este motivo têm vindo a adiar esta alteração que já foi ponderada por ambos.

A empregada de 72 anos que já trabalha para a família há “mais de 30 anos” (sic) apenas faz as tarefas domésticas mas não ajuda a Sr.^a ML nos cuidados de higiene “porque já não pode” (sic). Trabalha cerca de 4 horas por dia, pelo que a Sr.^a ML fica por vezes sozinha. A Sr.^a ML tem um outro filho que está a trabalhar em Angola há alguns meses com quem tem uma boa relação. A nora vive com o neto em Lisboa, em zona afastada do local de residência da Sr.^a ML. Visitam – na não mais do que uma vez por semana. Tem boa relação com ambos embora mais intensa com o neto de 15 anos.

Tem ainda o apoio de uma fisioterapeuta “conhecida da família” (sic), que a visita uma vez por mês e prescreve exercícios para ela fazer. Além disso ajudou o filho da Sr.^a ML a mobilizar a mãe e a fazer a transferência da cama para a cadeira e da cadeira para a cama, de modo a posicionar-se de forma correta (sic). A Sr.^a ML diz fazê-lo sem problemas.

Enquadramento familiar e comunitário

Uma pessoa não é uma ilha, tem de ser encarada no contexto das suas relações com os outros, família e pessoas significativas (Meleis, 2010). A pessoa é um ser de inter-relação social (Gomes, 2009).

Apgar familiar

O Apgar Familiar (*Family Apgar*), desenvolvido por Smilkstein (1978), é um instrumento composto por cinco questões que permitem medir a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, participação/comunicação,

desenvolvimento, afeto e capacidade resolutiva (quadro 1). A família da Sr.^a ML apresenta-se como altamente funcional (apgar = 9)

Pontuação: 2 – Quase sempre; 1 – Às vezes; 0 - Raramente

Resultados: 0 - 3 = família severamente disfuncional

4 – 6 = Família com moderada disfunção

7 – 10 = Família altamente funcional

Quadro 1 - Apgar familiar da Sr.^a ML

	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar	2		
Estou satisfeito com a maneira como a minha família discute as questões de interesse comum e partilha comigo a resolução dos problemas	2		
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor	2		
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida	2		
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos		1	
Total		9	

Genograma e Ecomapa

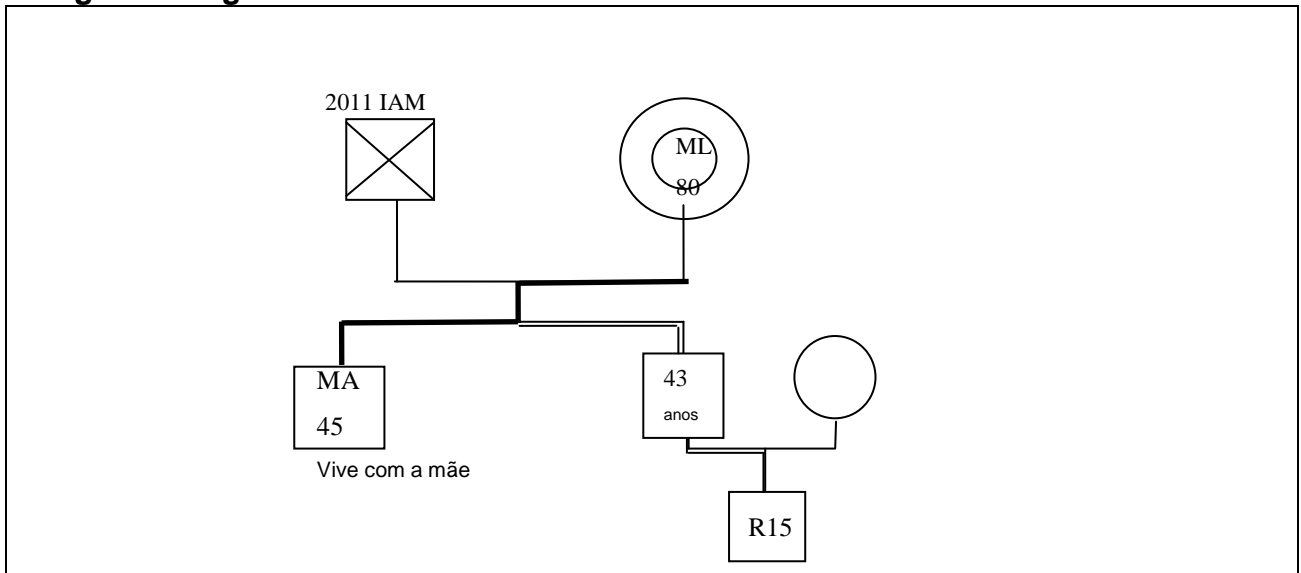
Para Hanson (2005) o genograma é uma forma de representação visual da dinâmica e estrutura familiar, esquematizando os eventos importantes na vida familiar tais como casamentos, divórcios, mortes e nascimentos e segundo o autor, deve conter pelo menos três gerações. Permite de uma forma simples perceber a composição dos agregados familiares e as relações entre si, num contexto de várias gerações.

O ecomapa serve de complementaridade ao genograma na compreensão da composição e dinâmicas familiares, mas também de outros sistemas sociais, o meio ambiente onde o doente/família estão inseridos (Hanson, 2005). Estes instrumentos que são também utilizados por outros profissionais de saúde (p.ex na psicologia) são para nós enfermeiros, um recurso importante já que, ao nos permitirem identificar padrões organizacionais da família e o modo como se relacionam com o seu meio

evidenciam os desequilíbrios entre as necessidades e os recursos dessa mesma família.

Para elaborar os instrumentos (genograma e ecomapa) foi necessário uma entrevista não estruturada com a Sr.^a ML, e com o filho, o Sr. MA para a colheita de dados aqui em esquema.

Fig 1- Genograma da família da Sr^a ML



Legenda do genograma

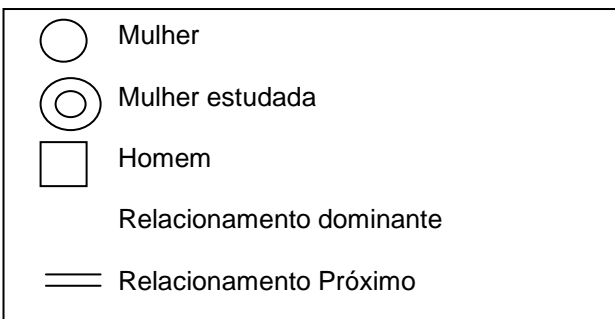
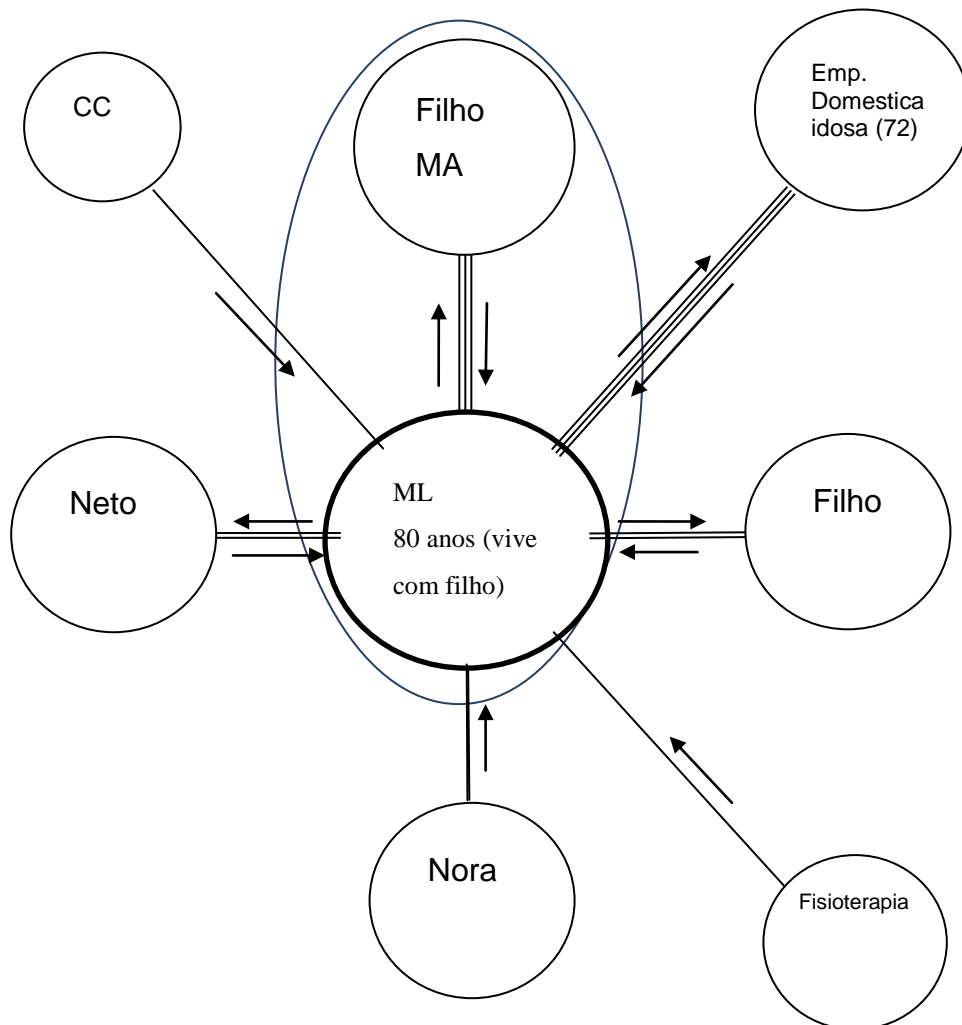


Fig.2 - Ecomapa respeitante à vida da Sr.^a ML



Legenda do ecomapa

-----	Ténue
====	Muito Boa
==	Boa
→	Fluxo de energia e de recursos

C. O que sabemos sobre a doença da pessoa

a) História de saúde

Antecedentes pessoais

- Anemia normocítica normocromica de etiologia multifactorial;
- Hipertensão arterial
- Cardiopatia isquêmica e Dislipidemia
- Síndrome depressivo

Terapêutica no domicílio

Fármaco/Posologia	Grupo terapêutico	Indicações
Ácido fólico 1 comprimido ao pequeno-almoço.	Antianémicos	Prevenção e tratamento de carências de ácido fólico.
Ácido acetilsalicílico 100mg, 1 comprimido, depois do almoço.	AINE, Antipirético, Anti-agregante plaquetar.	Tratamento de perturbações inflamatórias; Antipirético; Profilaxia de crises isquémicas transitórias.
Amlodipina comprimidos 10mg, 1 ao pequeno-almoço.	Anti-Hipertensor	Tratamento de 1ª linha de hipertensão e isquémia do miocárdio, pode ser de uso único ou combinado com outros.
Captopril comprimido, 25mg, pequeno-almoço, almoço e jantar.	Anti- Hipertensores	Tratamento da hipertensão e insuficiência cardíaca.
Omeprazole 1 comprimido 20mg, pequeno-almoço.	Inibidor da bomba de prótons antiácido, anti ulceroso.	Profilaxia de patologia gástrica e ou tratamento de úlceras.
Sertralina 50mg, 1 comprimido ao pequeno- almoço.	Antidepressivo	Tratamento da depressão
Lexotan, 1,5mg 3 vezes por dia.	Analgésico, sedativo e hipnótico.	Ansiedade, insónia.
Zaldiar - Tramadol 37,5 mg e 300mg de Paracetamol, 1 comprimido em SOS.	Analgésico estupefaciente	Analgesia de dor moderada a grave.
Sinvastatina, 10mg	Estatinas	Tratamento das dislipidemias.

É o filho, o Sr. MA que lhe prepara a terapêutica no início da semana (caixa de 7 dias). A Sr.^a ML fica com a caixa e toma os comprimidos das divisórias

correspondentes ao dia da semana e ao respetivo horário que sabe identificar sem dificuldade.

História da doença atual

Na sequência do internamento anterior, por diarreia de provável etiologia infecciosa a *C.difficile* (mas sem nunca se tendo isolado o agente responsável) e desidratação, ficou com grande redução da mobilidade.

Cerca de 15 dias depois de ter tido alta, estando sozinha em casa (o filho estava a trabalhar e a empregada já tinha saído), tentou levantar-se e caiu, alegadamente por “perda de equilíbrio, tontura e fraqueza nas pernas...” (sic), tendo ficado sem se conseguir levantar cerca de 3 horas até o filho regressar. A queda provocou hematoma trocântero à direita, sem no entanto provocar solução de continuidade. Desde essa altura ficou “com dores na anca” por vezes intensas, que não verbalizava “com medo de ir para o hospital” (sic). Entretanto por abertura espontânea do hematoma, começou a ter apoio de enfermagem (UCC) para fazer os pensos, geralmente com a periodicidade de 48h ou 72h. Como a ferida não melhorasse, o enfermeiro encaminhou Sr.^a ML para o hospital CL onde ficou internada a 01-10-2012. Foi admitida no serviço de urgência por ferida no membro inferior direito na região trocântica, com sinais inflamatórios que causavam dor e dificuldade na mobilização. Teria já feito tratamento empírico com antibiótico (Ciprofloxacina) durante 10 dias. O exsudado purulento da ferida à entrada, revelou *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) e *Morganella morganii* (o antibiótico apenas cobre este microrganismo, não o MRSA).

Após o internamento atual, mudou a terapêutica analgésica de oral para EV por referir dores na região trocântica (Tramadol, 3 vezes por dia) e terapêutica antimicrobiana (Vancomicina, EV) devido ao isolamento de MRSA na ferida. Cerca de uma semana depois, a 10/10, por aumento dos parâmetros analíticos de infeção, inicia Ceftriaxone EV (mantém Vancomicina EV). Ao mesmo tempo iniciou quadro de dejeções de fezes líquidas com agravamento das náuseas, que se manteve cerca de 3 dias. Por suspeita de infeção a *C.difficile*, o médico decidiu suspender os antibióticos a 15/10. A doente melhorou.

Após a avaliação das dimensões de apreciação global da pessoa, foi estabelecido o diagnóstico de enfermagem e foram implementadas ações que se descrevem em seguida.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
04/10	Depressão leve, com escala de depressão geriátrica, modelo reduzido de 15 itens = 9, como provável padrão de resposta a um processo de transições sobrepostas, situacional (morte do marido) e transição saúde doença. (dependência nas AVD, e AIVDs	<p>Garantir que o ambiente em que a doente se encontra seja facilitador de uma transição saudável – melhorar a comunicação com os outros. Após obter concordância da Sr.ª ML, descontinuar a manutenção dos cortinados corridos como método de isolamento de contacto.</p> <p>Averiguar o que ela e a família sabem sobre a transmissão das infeções (MRSA) e as precauções de contacto, de modo a levar ao abandono do uso de máscara e de luvas para facilitar a comunicação, mantendo os cuidados para prevenir a transmissão para os outros doentes.</p> <p>Escutar a Sr.ª ML;</p> <p>Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Encorajar reminiscências agradáveis</p> <p>Facilitar suporte familiar;</p> <p>Maximizar autonomia da doente nas AVD;</p>	<p>04/10/2012</p> <p>Foi descontinuada a manutenção constante dos cortinados corridos após negociação com a equipa, o que agradou à doente que tinha já manifestado essa vontade. O filho, Sr. MA visitou a mãe. Usou EPI (avental, máscara e luvas) tal como lhe tinha sido indicado pelos enfermeiros. Teve múltiplas demonstrações de afeto pela Sr.ª ML. Percebe-se que são muito próximos e que existe grande cumplicidade entre eles. Conversou de modo afável, respondeu a todas as perguntas demonstrando muita disponibilidade.</p> <p>Tem alguns conhecimentos sobre a transmissão das infeções, já que possui o curso de higiene e segurança no trabalho. Não compreende porque tem de usar o EPI mas cumpre as indicações que lhe dão “por respeito” (sic).</p> <p>Na próxima visita espero já lhe poder explicar que não necessita usar se cumprir algumas precauções.</p> <p>Doente apreensiva com a duração do seu internamento e ansiosa em relação à data da alta que ainda não se prevê.</p> <p>Fala dos tempos de casada em Lourenço Marques em que toda a família estava junta e relata momentos agradáveis.</p> <p>No final agradeceu tê-la ouvido “é muito bom recordar aqueles momentos tão bons e que já não voltam...”.</p> <p>11/10/2012</p> <p>A Sr.ª ML está mais comunicativa e até demonstrou sentido de humor. Falou sobre as vantagens de estar sem os cortinados corridos “...agora pelo menos vejo o que se passa à volta...é muito mais animado...”. Tem conversado bastante sobre a sua vida. O seu único receio no momento é piorar e demorar muito tempo a ir para casa. A Sr.ª ML recebeu de novo a visita do filho. Vem vê-la todos os dias. Antes disso conversou comigo sobre as precauções de contacto no caso da mãe. Também estava preocupado por a mãe estar novamente com diarreia. Foi-lhe explicado como proceder para prevenir a transmissão de infeções neste caso específico. Foi-lhe explicado que não era necessário usar luvas, bata e máscara desde não contactasse com os outros doentes ou com os seus objetos, e que lavasse sempre as mãos depois da visita. Aceitou facilmente demonstrando alívio. A Sr.ª ML referiu com um sorriso: “já tinha saudades das mãos do meu filho...”</p> <p>No final da visita o Sr. MA lavou as mãos cuidadosamente.</p>
04/10	Incontinência ocasional de esfíncter urinário (índice de Barthel “controlo da bexiga” com score de 5)	<p>Fazer reforço positivo;</p> <p>Estimular a restrição do uso da fralda.</p> <p>Providenciar acesso fácil à arrastadeira;</p> <p>Alertar as Assistentes Operacionais para a necessidade de fornecer a arrastadeira sem demoras.</p>	<p>04/10</p> <p>Tem usado fralda porque não se sente segura. Ficou acordado que a iria manter mas que iria pedir a arrastadeira quando sentisse vontade de urinar. Uma das vezes, ao ser retirada a fralda esta continha urina em pouca quantidade. A Sr.ª ML referiu ter havido uma situação em que o fornecimento da arrastadeira demorou mais tempo, o que motivou saída de “alguns pingos de urina”.</p> <p>11/10</p> <p>A Sr.ª ML tem passado períodos maiores sem fralda. Hoje ficou apenas com resguardo absorvente. Tem corrido bem, não tem tido períodos de incontinência urinária o que a deixa satisfeita.</p>
11/10	Alterações da eliminação intestinal (suspeita de reinfeção a <i>C.difficile</i>) com diarreia.	<p>Responder a todas as perguntas que a Sr.ª ML faça sobre a sua situação;</p> <p>Vigiar regularmente o estado da pele da zona</p>	<p>A Sr.ª ML está apreensiva por ter dejeções líquidas “.Faz-me lembrar a outra vez que estive internada, apesar de não ter tanta diarreia agora...vamos lá ver se isto agora passa...”.</p> <p>Foi aplicado creme protetor na região perineal que se encontra com eritema, mas sem soluções de continuidade.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
	<p>Apresenta zonas de eritema na região nadegueira.</p>	<p>perineal. Fazer higiene da zona com sabões suaves e aplicar cremes protetores; Negociar com a Sr.ª ML a melhor maneira de evacuar sem recorrer ao uso de fralda. Dar especial atenção à manutenção da dignidade da doente e à sua privacidade. Evitar expressões verbais ou não verbais de desagrado. Vigiar sinais de desidratação; Comunicar à dietista a situação de diarreia; Vigiar a administração de dieta adequada de modo a não agravar a diarreia (pobre em resíduos), até o trânsito intestinal regularizar; Incentivar a ingestão de água;</p>	<p>Foi acordado com a Sr.ª ML que iria tentar não usar fralda, mantendo só o resguardo e pedir a arrastadeira logo que sinta algum tipo de desconforto abdominal que, segundo ela é o primeiro sinal de alerta. Algumas vezes a Sr.ª ML pediu a arrastadeira e depois não evacuou o que a deixou um pouco apreensiva “por estar a dar trabalho”. Ficou combinado que nesta fase, quando tal acontecer, a arrastadeira fica perto dela e só é levada depois de ser usada. O acordo foi cumprido e a Sr.ª ML urinou e evacuou duas vezes fezes líquidas no turno da manhã. Tem – se mantido hidratada. Está a fazer hidratação EV. Tem bebido água em pouca quantidade de cada vez por causa das náuseas. 16/10 Por manter dejeções líquidas e haver suspeita de <i>C.difficile</i> o médico suspendeu ontem os antibióticos que estavam já no final do período previsto. A Sr.ª ML recebeu de novo a visita do filho que fez mais perguntas sobre esta bactéria que foram esclarecidas. Foi – lhe entregue um folheto educativo sobre os aspetos a observar relacionados com a infeção a <i>C.difficile</i>, de modo a poder ler em casa e consultar no caso de surgirem dúvidas, mesmo após a alta. Hoje A Sr.ª ML ainda não evacuou o que a deixa animada. A zona perineal continua com eritema mas sem sinal de soluções de continuidade. Tem sido aplicado Bia fine®. Já não tem náuseas. A Sr.ª ML está satisfeita pois mantém-se continente (score de 10 no índice de Barthel “controlo da bexiga”). Continua apenas com o resguardo, mesmo à noite.</p>
04/10	<p>Risco de úlcera de pressão - moderado (Entendendo-se por risco moderado a pessoa que de acordo com a Escala de Braden apresenta valores entre 13 e 14) Perceção sensorial ligeiramente limitada nos membros inferiores (Escala de Braden, item perceção sensorial = 3).</p>	<p>Monitorizar risco de úlcera de pressão (através da escala de Braden); Avaliar regularmente as condições da pele; Lavar a pele logo após evacuar ou urinar com agentes de lavagem suaves. Usar emolientes na pele seca; Não massajar de forma vigorosa as proeminências ósseas ou as zonas mais suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras de pressão; Manter a roupa da cama limpa, seca e sem dobras. Promover a continência. Evitar o uso de fraldas; oferecer a arrastadeira a intervalos regulares. Providenciar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (colchão anti escara, almofadas); Supervisionar e assistir nos posicionamentos</p>	<p>4/10 Quando está na cama necessita de alternar os decúbitos de 3 em 3 horas. Necessita de estímulo para aliviar regularmente as zonas de pressão. Não apresenta úlceras de pressão, mas apresenta eritema na zona perineal. A pele dos pés mantém-se íntegra. A Sr.ª ML tem movimentado as pernas de forma espontânea, enquanto está deitada. Faz mais movimentos com a esquerda do que com a direita porque lhe provoca alguma dor (motivada pela ferida trocantérica). 11/10 Não apresenta úlceras de pressão. Melhoria da mobilidade com subida do índice “mobilidade” na escala de Braden com valor total de 15 e diminuição de risco. Tem usado o trapézio para aliviar as zonas de pressão e para colaborar nos posicionamentos, o que faz com mais facilidade. Tem ficado sem fralda, apenas com o resguardo. Foi colocado colchão anti escara (pressões alternadas). Teve hoje 2 episódios de fezes líquidas fazendo uso da arrastadeira. A Sr.ª ML e o filho fizeram algumas perguntas sobre o problema da diminuição da sensibilidade e parecem ter compreendido a necessidade de vigiar a pele dos pés. Ficou acordado que se detetarem alguma zona avermelhada reportarão ao enfermeiro do Centro de Saúde que visita a Sr.ª ML . 16/10 Escala de Braden = a 17 – grau reduzido de risco de úlcera de pressão. Já não apresenta diarreia.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
		<p>(alternância de decúbitos) a intervalos regulares de acordo com a avaliação.</p> <p>Estimular a doente a usar o trapézio para se elevar na cama e colaborar nos posicionamentos.</p> <p>Vigiar a integridade da pele dos pés e detetar precocemente o aparecimento de zonas avermelhadas.</p> <p>Falar com a Sr.ª ML e com o filho sobre a importância de, após o regresso a casa, vigiar diariamente o estado da pele dos pés, de os manter limpos, cuidados e secos.</p> <p>Estimular exercícios com as pernas enquanto está na cama.</p>	<p>Já não usa fralda. Sente-se segura por ter acesso fácil à arrastadeira. Tem sido atendida com brevidade quando precisa de a colocar.</p> <p>A Sr.ª ML movimenta-se cada vez com mais facilidade. Usa frequentemente o trapézio para fazer alívios de pressão e para colaborar nos posicionamentos e para colocar a arrastadeira. A pele dos pés mantém-se íntegra. Continua a fazer exercícios com as pernas.</p>
4/10	<p>Risco de desnutrição (MNA=22,5). Falta de apetite. Náuseas.</p>	<p>Falar com a dietista sobre o risco de desnutrição.</p> <p>Informar o médico sobre as náuseas.</p>	<p>4/10</p> <p>A Sr.ª ML alimentou-se pouco por referir náuseas. A dietista já estava a par da situação. Prescreveu suplementos alimentares. O médico foi informado e reduziu a dose de tramadol que tinha injetável, já que este poderá ser a causa das náuseas e a doente não tem referido dor.</p>
11/10	<p>Risco de desnutrição agravado pela diarreia.</p>	<p>Falar com a dietista sobre a situação de diarreia;</p>	<p>11/10</p> <p>A dietista foi informada e retirou o suplemento alimentar (bebida hipercalórica e hiperproteica) que a Sr.ª ML tanto gostava. No entanto compreendeu que é necessário e apenas temporário. Fez reforço hídrico.</p> <p>A dietista pediu que fosse avisada quando o trânsito intestinal normalizasse com vista a prescrever dieta mais adequada. Comeu pouco, com pouco apetite ao pequeno-almoço e almoço. Questionada sobre outros alimentos que aceitasse comer, referiu não ter apetite para qualquer tipo de alimento porque se encontra novamente nauseada, apesar de ter estado bem "2 ou 3 dias".</p> <p>16/10</p> <p>Voltou à dieta normal, por já não ter diarreia. Está melhor e não tem referido náuseas. Tem mais apetite e alimentou-se na totalidade da refeição ao pequeno-almoço e almoço. Bebe suplementos alimentares que estão novamente prescritos, com muito agrado. Pele e mucosas hidratadas.</p>
4/10	<p>Ferida no trocânter direito resultante de abertura espontânea de hematoma em consequência de queda no domicílio. A Sr.ª ML refere dor durante a</p>	<p>Vigiar a integridade do penso e seguir o plano estabelecido pela equipa de enfermagem e médica (está estabelecida a periodicidade de 4 dias para o executar a não ser que não esteja</p>	<p>04/10</p> <p>Não foi necessário fazer o penso da ferida hoje. A Sr.ª ML não tem referido dores, a não ser quando se vira para a direita, durante a higiene.</p> <p>Tem feito a terapêutica antimicrobiana que está prescrita, sem evidência de reações adversas.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
	execução do penso.	<p>íntegro). Negociar com a Sr.ª ML o melhor modo de fazer o penso de forma a causar menos desconforto, como por exemplo a sua execução após a administração do analgésico. Realizá-lo tendo em conta as preferências da Sr.ª ML para se manter confortável durante a execução.</p> <p>Providenciar medicamentos para realização de penso (está prescrita a utilização de penso de carvão ativado com prata).</p> <p>Avaliar cicatrização da ferida registar procedimentos.</p> <p>Garantir continuidade de execução de penso após regresso a casa através da articulação com a equipa dos cuidados continuados.</p>	<p>11/10 Foi feito o penso que se encontrava descolado. Ficou combinado realizar o penso às 14 horas, logo após a administração EV do tramadol. A Sr.ª ML quis ficar posicionada com ajuda de almofadas e ficou acordado que avisaria se algum procedimento fosse doloroso. Não referiu dor durante a execução do penso.</p> <p>A ferida apresenta tecido de granulação e ligeiro exsudado. De acordo com a observação registada anteriormente está a evoluir favoravelmente. Foi feito o penso com hidrofibras e hidropolímero de acordo com a indicação da cirurgia que observou a doente e a encaminhou para consulta externa.</p> <p>Por apresentar diarreia e por haver sinais de melhoria da infeção da ferida suspendeu os antibióticos.</p> <p>16/10 Hoje não foi necessário fazer o penso. A Sr.ª ML refere menos dor quando se vira para a direita durante a higiene. Refere sentir-se melhor. Está muito animada.</p>
4/10	Risco elevado de queda (score 6 segundo a escala de risco de queda de Downton)	<p>Manter as grades elevadas quando está na cama;</p> <p>Baixar o nível da cama de modo a que os pés toquem no chão.</p> <p>Estimular a mobilidade.</p> <p>Averiguar junto com a Sr.ª ML e o filho o que sabem sobre as razões de existir maior ocorrência de quedas nos idosos. Averiguar a existência, em casa, de fatores de risco para as quedas, de apoios de compensação que facilitem a mobilização e discutir estratégias simples de prevenção.</p> <p>Falar com o Sr. MA no sentido de encontrar soluções para diminuir ou eliminar os períodos em que a Sr.ª ML fica sozinha</p>	<p>4/10 A Sr.ª ML tem uma cama articulada em casa, que baixa o nível como pretendido. Nunca se levanta sem ajuda.</p> <p>11/10 O Sr. MA desconhecia alguns dos fatores que influenciam a ocorrência de quedas. Após ter sido informado disponibilizou-se para preparar a casa para receber a mãe quando esta tiver alta, como retirar alguns tapetes que tem na sala, colocar alguns apoios nas paredes e reorganizar alguns móveis para aumentar o espaço livre.</p> <p>A Sr.ª ML usa chinelos de quarto, mas decidiram (ela e o filho) que vai usar pantufas com sola de borracha antiderrapante.</p>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Avaliação
11/10	Indícios francos de sobrecarga do cuidador, de acordo com o Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI).	Conversar com o Sr. MA e a mãe sobre a possibilidade de ter ajuda quando for para casa. Se for possível obter acordo de a Sr.ª e do filho, falar com a assistente social para mobilizar apoio domiciliário nos cuidados de higiene e mobilização pelo menos duas vezes por dia.	<p>11/10 MA aceitou bem a ideia de ter algum apoio em casa. Tem a noção que "não consegue tratar da mãe" tão bem como gostaria, por causa do trabalho. Ao mesmo tempo sente-se constantemente pressionado pois sabe que a mãe está sozinha em casa. A Sr.ª ML não pareceu gostar da ideia de receber em casa "pessoas desconhecidas": "Eu e o meu filho temo-nos arranjado muito bem". O Sr. MA pela primeira vez falou sobre o que sentiu quando chegou a casa e a mãe estava caída. Emocionou-se e a Sr.ª ML também. Após o filho se ir embora conversamos sobre os benefícios para ambos de ter mais apoio. Foi mais sensível aos benefícios em relação ao filho e disse que ia pensar na proposta de ter apoio.</p> <p>16/10 A Sr.ª ML comunicou-me que vai aceitar apoio domiciliário pelo menos uma vez por dia para ajuda na higiene e levante. Quando veio à visita o Sr. MA já sabia que a mãe tinha aceitado o apoio o que o deixou satisfeito.</p>

No dia 17 de Outubro a Sr.ª ML teve alta.

REFLEXÃO

Esta situação de cuidados que aqui descrevo revelou-se muito gratificante por razões de ordem muito variada. Foi a primeira do meu estágio e destes últimos 17 anos em que não prestei cuidados no hospital a não ser a pessoas internadas que já conhecia (p.ex. colegas e familiares) e sem sentir o peso da responsabilidade por esses mesmos cuidados. Permitiu-me pôr em prática o que aprendi nas disciplinas que frequentei, refletir sobre mim própria enquanto pessoa que também é enfermeira e sobre a pessoa cuidada que também está doente. O modelo de intervenção de enfermagem que utilizei, o modelo de parceria, revelou-se adequado à situação de cuidados vivenciada, permitindo o conhecimento e envolvimento mútuos, o estabelecimento de uma relação de confiança para prosseguir de forma a atingir os objetivos propostos. As fases do **revelar-se** e **envolver-se** não me causaram qualquer estranheza, já que se integram naturalmente no modo como me relaciono não só com as pessoas doentes e suas famílias, mas também com outras pessoas. No entanto as outras fases do modelo exigiram de mim muita reflexão. Compreendi que, apesar de valorizar o projeto de vida da pessoa doente, a minha tendência ia no sentido de tentar convencer a pessoa daquilo que eu achava que era o melhor para ela e percebi que por vezes os valores não são coincidentes. Por vezes ser parceiro é abdicar das nossas crenças e aceitar as do outro. Saber quando o fazer nem sempre é fácil. Compreendi a importância da negociação como forma de aumentar a adesão e desse modo a satisfação dos parceiros envolvidos e de como por vezes temos de ir negociando pequenos objetivos passo a passo, avaliando, reformulando, ao ritmo do idoso, dando-lhe tempo para sedimentar os avanços em direção ao objetivo traçado.

Por outro lado não pude deixar de me sentir angustiada quando olhava à minha volta e via idosos debilitados em macas no corredor que mal tinha espaço para se circular, enfermeiros apressados com ar cansado, familiares olhando em volta procurando ajuda para o seu idoso. Prestar cuidados de enfermagem desse modo é pouco gratificante e gerir os recursos humanos torna-se um desafio. O enfermeiro especialista na área da pessoa idosa pode ter um papel fundamental na definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para avaliar a qualidade dos cuidados, de forma a demonstrar aos gestores de topo as vantagens económicas e sociais da prestação de cuidados de qualidade quer, por exemplo, através da

diminuição do declínio funcional dos idosos, do número de reinternamentos ou do número de institucionalizações.

REFERÊNCIAS:

- Gill, T., Allore, H., Gahbauer, E., & Murphy, T. (2010). Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 304(17), 1919-1928.
- 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
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions. Theory*. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-0535-6
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.*;6(6):1231-9.

ANEXO 1

Atividades de vida diária, (AVD) – Índice de Barthel

Atividades de vida diária, (AVD) – Índice de Barthel

		DATA	15/09	04/10	16/10
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL Índice de Barthel	Evacuar	0 – Incontinente	10	10	10
		5 – Acidente ocasional			
		10- Contínente			
	Urinar	0 – Incontinente/algaliado/incapaz de urinar sem ajuda	5	5	10
		5– Acidente ocasional			
		10 - Contínente			
	Higiene Pessoal	0 – necessita de ajuda	5	5	5
		5 -Independente			
	Ir à casa de banho	0 – Dependente	0	0	0
		5 – Necessita de ajuda			
		10 - Independente			
	Alimentação	0 – Dependente	10	10	10
		5 – Necessita de ajuda/adaptação da dieta			
		10 -Independente			
	CLASSIFICAÇÃO 0 – 20 Dependência Total 21 – 60 Dependência grave 61– 90 Dependência moderada 91– 99 Dependência ligeira 100 Independente	Transferência	0 – Incapaz de se manter sentado	5	5
5 – Grande ajuda – necessita de ajuda física de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se					
10 – Necessita de alguma ajuda (física ou verbal)					
15 – Independente (em todas as fases)					
Mobilidade Caminhar numa superfície nivelada	Mobilidade Caminhar numa superfície nivelada	0 – Imobilizado/mobiliza-se menos de 50 metros	0	0	0
		5 – Independente uso cadeira de rodas, mais 50 metros			
		10 – Caminha com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa, mais de 50 metros			
		15 – Independente (pode utilizar qualquer ajuda), mais de 50 metros			
Vestir/Despir	Vestir/Despir	0 – Dependente	5	5	5
		5 – Necessita de ajuda			
		10 - Independente			
Escadas	Escadas	0 – Dependente	0	0	0
		5 – Necessita de ajuda			
		10 -Independente			
Banho	Banho	0 – Dependente	0	0	0
		5 - Independente(banheira ou chuveiro); não necessita de ajuda			
TOTAL			40	40	45

Referências:

- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida* 25(2):59-66
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 3 Série, 8 (4)*, 199-204.
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora, ISBN 978-972-757-717-0

ANEXO 2

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – Índice de Lawton & Brody

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – Índice de Lawton & Brody

DATA			4/10	
<p align="center">Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária <u>ÍNDICE DE LAWTON</u></p> <p align="center">CLASSIFICAÇÃO</p> <p>8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.</p>	Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	5
		Faz tudo excepto o trabalho pesado	2	
		Só faz tarefas leves	3	
		Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
		Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	
	Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1	4
		Só faz pequenas compras	2	
		Faz as compras acompanhado	3	
		É incapaz de ir às compras	4	
	Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	4
		Prepara se lhe derem os ingredientes	2	
		Prepara pratos pré cozinhados	3	
		Incapaz de preparar refeições	4	
	Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	1
		Só liga para lugares familiares	2	
		Necessita de ajuda para o usar	3	
		Incapaz de usar o telefone	4	
	Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	3
		Só lava pequenas peças	2	
		É incapaz de lavar a roupa	3	
	Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1	4
		Só anda de táxi	2	
		Necessita de acompanhamento	3	
		Incapaz de usar o transporte	4	
	Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1	2
Só em pequenas quantidades de dinheiro		2		
Incapaz de utilizar o dinheiro		3		
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1	2	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2		
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3		
TOTAL			25	

Referências:

- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Botelho, M^a Amália Silveira (2000). Autonomia funcional em idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um CS urbano. Porto Edições Laboratórios Bial, (P.188)
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora, ISBN 978-972-757-717-0

ANEXO 3

Avaliação nutricional - Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido: M. L. Nome: _____
 Sexo: F Idade: 80 Peso, kg: 60 Altura, cm: 1,58 Data: 4/10

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
 Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
 1 = diminuição moderada da ingestão
 2 = sem diminuição da ingestão 2

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
 1 = não sabe informar
 2 = entre um e três quilos
 3 = sem perda de peso 3

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
 2 = normal 0

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 0 2 = não 0

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
 1 = demência ligeira
 2 = sem problemas psicológicos 2

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23 3

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 1 0

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 1 0 = não 0

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 0 1 = não 0

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 0 1 = não 0

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N87200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
 1 = duas refeições
 2 = três refeições 2

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
 0.5 = duas respostas «sim»
 1.0 = três respostas «sim» 1

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim 1

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
 0.5 = três a cinco copos
 1.0 = mais de cinco copos 0,5

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade 2

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
 1 = não sabe dizer
 2 = acredita não ter um problema nutricional 2

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
 0.5 = não sabe
 1.0 = igual
 2.0 = melhor 0,5

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
 1.0 = PB > 22 23 cm 1

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
 1 = PP ≥ 31 33 1

Avaliação global (máximo 16 pontos) 1 0

Pontuação da triagem 1 0

Pontuação total (máximo 30 pontos) 1 0 22

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos estado nutricional normal
 de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição
 menos de 17 pontos desnutrido

Referência:

Loureiro, M. (2008) – Validação do Mini Nutritional assessment em idosos. Coimbra:
Faculdade de Medicina, Dissertação de Mestrado Nutrição Clínica

ANEXO 4

Avaliação da força muscular - Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower

Avaliação da força muscular

Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower

Data da avaliação - 4/10/2012

Membros Superiores	Direito	Esquerdo	Membros Inferiores	Direito	Esquerdo
Articulação Escápulo - umeral	5/5	5/5	Articulação Coxo-femural	4/5	4/5
Cotovelo	5/5	5/5	Joelho	4/5	4/5
Punho	5/5	5/5	Articulação Tibiotársica	4/5	4/5
Dedos	5/5	5/5	Dedos	4/5	4/5

FORÇA MUSCULAR -escala de LOWER (Menoita, 2012; Pinto, 2001)

O método utilizado recorre à força e resistência do profissional que avalia. Traduz-se por uma fração em que 5/5 equivale a um empate de forças. O numerador corresponde ao desempenho do doente e o denominador ao desempenho do profissional.

Classificação:

Grau 0/5- sem contração muscular e sem movimento

Grau 1/5- observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento

Grau 2/5- Tem movimento das extremidades mas não contra a gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama.

Grau 3/5- raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência

Grau 4/5- raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.

Grau 5/5- movimento normal contra resistência e contra a gravidade

Referências:

Menoita, E.C., (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecimento resiliente. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 978-972-8930-78-3.

Pinto, V., (2001). Papel do enfermeiro na neuro avaliação do doente com alterações do nível de consciência. In J.M.Padilha et al. *Enfermagem em Neurologia* (p.45-56).Coimbra: Formasau, Formação e saúde, Lda. ISBN: 972-8458-18-2.

ANEXO 5

Avaliação do risco de queda - Escala de risco de Downton
(Escala de utilização obrigatória no hospital CL)

Etiqueta de Identificação

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA



ESCALA DE RISCO DE DOWNTON

		DATA	4/10	11/10			
QUEDAS PRÉVIAS	NÃO	0					
	SIM	1	X	X			
MEDICAÇÃO	NENHUM	0					
	TRANQUILIZANTES/SEDATIVOS	1	X	X			
	DIURÉTICOS	1					
	HIPOTENSORES (NÃO DIURÉTICOS)	1	X	X			
	ANTIPARKINSÓNICOS	1					
	ANTI-DEPRESSIVOS	1					
	OUTROS MEDICAMENTOS	1					
DEFICITE SENSORIAL	NENHUM	0					
	ALTERAÇÕES VISUAIS	1					
	ALTERAÇÕES AUDITIVAS	1					
	EXTREMIDADES	1	X	X			
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0	X	X			
	CONFUSO	1					
DEAMBULAÇÃO	NORMAL	0					
	SEGURA COM AJUDA	1					
	INSEGURA COM OU SEM AJUDA	1	X	X			
	IMPOSSÍVEL	1					
		TOTAL	6	6			
		ASSINATURA					

Deve ser efetuada a reavaliação sempre que se modifique o estado de saúde do doente

Se total igual ou superior a 3 = alto risco
Se total inferior a 3 = baixo risco

A **Escala de Downton** não está validada para a população portuguesa. Segue-se exemplo do documento distribuído nos serviços do hospital CL.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
NORMA Nº 3 - Avaliação do grau de risco de queda		Aprovado em: 20/06/2011  Enª Directora 	
Elaborado por: Madalena Pinheiro	Revisão em: Junho 2013	71	

1. OBJECTIVO

- Uniformizar a avaliação do grau de risco de queda.
- Implementar medidas de prevenção de queda de acordo com o grau de risco apresentado pelo doente.

2. ÂMBITO

Aplica-se a **todos** os doentes admitidos nas unidades de internamento.

3. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade da avaliação e registo do grau de risco de queda e posteriores medidas de prevenção é do enfermeiro responsável pelo doente.

4. ACTIVIDADES

- ✓ Para a avaliação do grau de risco de queda deve ser utilizado o impresso próprio – **Anexo 1**.
- ✓ A avaliação deve ser efectuada no turno de admissão do doente e a reavaliação deve ser continuada de 5 em 5 dias, sempre que haja alteração do estado do doente e no turno de saída do doente.
- ✓ Todos os campos do impresso são de preenchimento obrigatório.

- ✓ Após a alta do doente os dados recolhidos deverão ser lançados na base de dados Excel, fornecida pela Direção de Enfermagem, sendo todos os campos de preenchimento obrigatório.

 - ✓ Escala de Downton – Guião para a aplicação prática
 - A escala de Downton é constituída por 5 dimensões: quedas prévias, medicação, deficit sensorial, estado mental, e deambulação, contribuindo todas para a ocorrência de queda não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra:

 - As cinco sub-escalas recebem uma pontuação, conforme os comprometimento apresentado.

 - Esta pontuação varia de 0 a 1.

 - A soma das cinco sub-escalas varia entre 0 e 14.

 - Quanto menor o valor, menor será o risco de queda.

 - Depois de avaliadas cada uma das cinco sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, resulta assim o valor da Escala de Downton.

 - O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:
 - **Alto Risco** – Pontuação ≥ 3
 - **Baixo Risco** – Pontuação < 3
-

Aos doentes identificados com baixo risco de queda deverão ser efectuadas medidas preventivas de carácter geral, dirigidas ao controlo do ambiente, ensino do processo de doença e gestão do regime terapêutico.

Aos doentes identificados de alto risco para além das medidas gerais, aplicam-se as intervenções específicas associadas aos seus factores de risco.

Agrupámos as actividades a desenvolver pelos profissionais em função do factor de risco sobre o qual se actua. Devemos ter em conta que há actividades que dão resposta a vários factores de risco.

FACTORES DE RISCO:

FACTORES EXTRÍNSECOS:

Riscos ambientais gerais:

- Identificar as características do ambiente que possam aumentar as possibilidades de quedas.
- Dispor de uma iluminação adequada para aumentar a visibilidade.
- Dispor de chão antiderrapante no duche.
- Sugerir adaptações na unidade para aumentar a segurança.

Riscos do ambiente: unidade do doente

- Colocar os objectos ao alcance do doente sem que tenha que fazer esforços.
- Utilizar grades e altura adequadas para evitar quedas da cama ou maca, se necessário.
- Colocar a cama na posição mais baixa.
- Proporcionar ao doente dependente acesso à campainha quando o profissional está ausente.
- Responder às chamadas da campainha rapidamente.
- Evitar a presença de objectos desordenados na enfermaria.
- Manter os dispositivos de ajuda técnica em bom estado.
- Manter as grades da cama ou maca em posição elevada quando o profissional não está presente.

- Colaborar com outros membros da equipa multidisciplinar para minimizar os efeitos secundários dos medicamentos que contribuem para a possibilidade de quedas (hipotensão ortostática e andar instável).

Factores derivados da resposta do doente à doença

- Identificar condutas e factores que afectam o risco.
 - Instruir o doente para que peça ajuda ao mover-se, se precisar.
-

ANEXO 6

Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	DATA 04/10	DATA 11/10	DATA 16/10
<p>Percepção Sensorial</p> <p>Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto.</p>	<p>Completamente Limitado:</p> <p>Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivava ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>Muito Limitado:</p> <p>Responde somente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>Levemente Limitado:</p> <p>Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p>	<p>Nenhuma Limitação:</p> <p>Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>	3	3	3
<p>Humidade</p> <p>Grau ao qual a pele está exposta à humidade.</p>	<p>Constantemente húmida:</p> <p>A pele é mantida húmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a humidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.</p>	<p>Muito húmida:</p> <p>A pele está muitas vezes, mas nem sempre húmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o turno.</p>	<p>Ocasionalmente húmida:</p> <p>A pele está ocasionalmente húmida/molhada durante o dia, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.</p>	<p>Raramente húmida</p> <p>A pele encontra-se geralmente seca. A roupa apenas necessita ser trocada nos intervalos habituais</p>	3	3	4
<p>Atividade Física</p> <p>Grau de atividade física.</p>	<p>Acamado:</p> <p>Mantém-se sempre no leito.</p>	<p>Restrito à cadeira:</p> <p>A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>Caminha Ocasionalmente:</p> <p>Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p>	<p>Caminha Frequentemente:</p> <p>Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.</p>	1	2	2

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	DATA 04/10	DATA 11/10	DATA 16/10
Mobilidade Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente Imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.	Levemente Limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma Limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.	3	3	3
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar.	Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteínas (carne ou derivados do leite) por dia. Toma ingerir líquidos. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias	Provavelmente Inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteínas inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteínas (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.	Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.	2	2	3
Fricção e Cisalhamento	Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante.	Potencial para Problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se nalguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum Problema Aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.		1	2	2
Legenda: <=16 – risco; 15 – risco mínimo; 13 a 14 – riscos moderado, 12 – risco elevado					TOTAL		
					13	15	17

Referências:

Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

ANEXO 7

Avaliação do estado mental – Mini Mental State Exam (MMSE)

H. L.

MMSE - MINI MENTAL STATE EXAM

= 27

É um teste de triagem é de fácil e rápida aplicação cerca de 15 mts
Avalia 4 áreas de funcionamento cognitivo:

1. Orientação espaço temporal
2. Memória
3. Linguagem
4. Capacidade visual construtiva

I - ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas fáceis, tente responder o que for capaz
Marque 0= incapaz de responder correctamente
1= resposta certa

a) Orientação no tempo

1. em que ano estamos 2017 1
2. em que mês Dez 1
3. em que dia do mês _____ 1
4. em que estação do ano _____ 1
5. em que dia da semana _____ 1

b) Orientação no espaço

1. em que país _____ 1
2. em que distrito _____ 1
3. em que terra vive _____ 1
4. em que casa mora _____ 1
5. em que andar vive (não se aplica se for vivenda)
6. Qual o nº de telefone (se tiver) _____ 1

10

II - RETENÇÃO

Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decora-las, porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que as volte a referir

PERA GATO BOLA

Repita as 3 palavras

(repete no máximo até 6 tentativas – registar as tentativas correctas ou incorrectas)
volta a perguntar se ainda se lembra daí a 5 minutos

Pêra

gato

bola

0= não reteve nenhuma, 1= uma, 2= duas, 3= todas

3

III - ATENÇÃO E CALCULO

Agora diga-me quantos são 30 menos 3 e ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar

30-3 = ___ 27-3= ___ 24-3= ___ 21-3= ___ 18-3= ___ 15-3= ___ 12-3= ___ 9-3= ___

5

parar ao fim de 5 ou 6 respostas

Se fizer um erro na subtração, mas continuar a subtrair correctamente a partir do erro conta-se como um único erro, se tiver muitos erros assinalar

Se o cliente não consegue, fazer em alternativa o seguinte:

Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra, mas ao contrário do fim para o princípio

A palavra é PORTA

A _ T _ R _ O _ P _

Contudo se a pessoa for iletrada, fazer a seguinte alternativa

Vou dizer 3 números. Queria que mos dissesse, mas ao contrário, isto é, do último para o primeiro, os nº são 5 9 2

2 _ 9 _ 5 _

IV - EVOCAÇÃO

Agora veja se consegue dizer as 3 palavras que lhe pedi para decorar

PERA ___ GATO ___ BOLA ___

Só se faz se a pessoa conseguiu aprender previamente as 3 palavras

V- NOMEAÇÃO

agora vou-lhe pedir que diga

Como se chama isto?

mostrar um relógio RELÓGIO 1

mostrar um lapis LAPIS 1

2

VI - REPETIÇÃO

"O RATO ROÍ A ROLHA"

Quando eu lhe der este cartão

Leia o que está no cartão

1

VII - CAPACIDADE DE COMPREENSÃO VERBAL

Vou dar-lhe uma folha de papel.

quando eu lhe entregar o papel

pegue nele com a mão direita dobre ao meio coloque-o no chão

assinalar onde ocorre a falha

0= nenhuma tarefa 1= uma tarefa 2= duas tarefas 3= todas

3

VIII - LEITURA

Mostrar uma frase num cartão e pedir-lhe que leia

Se for analfabeto ler e pedir que interprete

✓ 1

IX - ESCRITA

8

Pedir para escrever uma frase com sentido , com sujeito e verbo. Os erros não contam
0= não consegue 1= faz correctamente

gosto dos meus livros

X- DESENHO

“FECHE OS OLHOS”

3) Avaliação de Competências visuais e construtivas

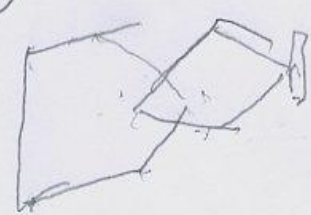
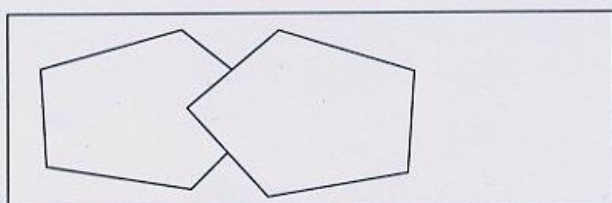
Dar papel e lápis e após mostrar, vou pedir que copie o desenho

para estar correcto deve ter presente 10 angulos

2 dos angulos devem estar intersectados

tremor e erros de rotação não contam

7



Classificação: adaptada de Folstein e tal 1975

Avaliação do grau de demência

Pontuação 0= incapaz ou ausente

1 a 5 = somatório das respostas positivas nas diferentes alíneas

Classificação:

Com demência= [0-15] analfabetos [0 a 22] com escolaridade

Sem demência [16 -30] analfabetos [23-30] com escolaridade

Orientação temporal	0	1	2	3	4	5
Orientação espacial	0	1	2	3	4	5
Retenção	0	1	2	3		
Evocação	0	1	2	3		
Atenção e calculo	0	1	2	3	4	5
Nomeação	0	1	2			
Repetição	0	1				
Compreensão	0	1	2	3		
Leitura	0	1				
Escrita	0	1				
Desenho	0	1				
Total						

Fontes:

Rosa, Novo (2005) versão portuguesa. FPCE da UL

Botelho; Mª Amália Silveira (2000). Autonomia funcional em idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um CS urbano: Porto. Edição dos Laboratórios Bial (p.192-194 e 65)

Referências:

- Botelho, M. A. S. (2000). Autonomia funcional em idosos: *Caracterização multidimensional em idosos utentes de um CS urbano*: Porto. Edição dos Laboratórios Bial (p.192-194 e 65)
- Morgado, J., Rocha, C.S., Maruta, C., Guerreiro, M., Martins, I.P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*. 9 (2). P.10-16
- Rosa, Novo (2005) versão portuguesa. FPCE da UL

ANEXO 8

Escala Geriátrica de Depressão, versão abreviada 15 itens (GDS)

Escala Geriátrica de Depressão, versão abreviada 15 itens (GDS)

Escolha a melhor resposta relativamente a como se sentiu durante a última semana:			Pontuação
*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não (X)	1
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim (X)	Não ()	1
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim (X)	Não ()	1
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim (X)	Não ()	1
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não (X)	1
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não (X)	0
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não (X)	1
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não (X)	0
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim (X)	Não ()	1
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não (X)	0
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não (X)	1
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não (X)	0
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não (X)	1
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não (X)	0
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não (X)	0
TOTAL			9

Classificação

Sim - 1 ponto ou

Não - 0 pontos – (itens 1, 5, 7, 11 e 13 um ponto para não)

0 a 5 – normal

6 a 9 – depressão leve

>9 - depressão

Referências:

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Escalas e Testes na Demência

Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

ANEXO 9

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

➤ O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

N.º	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa - me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio			X	
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação			X	
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família			X	
4	Traz-me problemas de dinheiro				X
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	X			
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				X
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados			X	
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				X
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares		X		
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				X
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				X
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido			X	
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				X
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia		X		
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				X
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria			X	
17	Esta situação faz-me sentir irritado			X	
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria			X	

19	Esta situação está a transtornar-me os nervos			X	
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				X
21	A qualidade da minha vida piorou			X	
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço			X	
23	A minha saúde ficou abalada	X			
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)			X	
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas			X	
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	X			
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais			X	
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam			X	
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar			X	
30	Esta situação faz-me sentir culpado			X	

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Referências

- Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Botelho, M.A.S. (2000). Autonomia funcional em idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um CS urbano: Porto. Edição dos Laboratórios Bial (p.192-194 e 65)
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16

APÊNDICE 5
NOTAS DE CAMPO

NOTAS DE CAMPO Nº1 (Sr.ª ML)

DATA: 4 de Outubro de 2012

TURNO: Manhã (9h-10h)

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria) e Sr.ª.ML

LOCAL DA INTERAÇÃO: Serviço de medicina, enfermaria de 4 camas

SR.ª ML. : 80 anos de idade, reside com o filho de 45 anos em casa arrendada. O filho é o cuidador.

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Ferida trocantérica infetada com MRSA após queda no domicílio, infeção urinária, insuficiência renal crónica agudizada por desidratação.

MOTIVO DO INTERNAMENTO: Ferida infetada sem melhoria após antibiótico.

TEMPO DECORRIDO DESDE O INTERNAMENTO: 7 dias

OBJETIVO: Percecionar aspetos significativos do isolamento de contacto no bem-estar dos doentes e o modo como interfere na relação de parceria.

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p><u>CERCA DAS 9H ENTREI NA ENFERMARIA DA SR.ª ML</u></p> <p>Era o meu primeiro dia de estágio. Cheguei à “sala dos isolamentos”. Era assim que os enfermeiros distinguiam esta sala das outras. Tinha ouvido na passagem de turno que aquela era a sala dos doentes que estavam em isolamento de contacto e sabia que as 4 camas estavam ocupadas. Entrei, olhei à minha volta e vi cortinados corridos à volta das camas. Apenas se via o azul dos cortinados e se eu não soubesse que havia camas por trás, não saberia que se encontravam lá pessoas deitadas.</p> <p>Afastei ligeiramente o cortinado da primeira cama e espreitei. Deitada, estava uma senhora idosa com as pernas esticadas, a testa franzida, os olhos fechados mas não dormia. Apresentava um fácies triste.</p>	<p>C.O. Ao entrar, primeiro pensei que os meus colegas já estavam a cuidar da higiene dos doentes sem que eu os tivesse visto e poderia ser essa a razão para os cortinados estarem corridos. Quando percebi que os doentes estavam sozinhos senti-me triste. Estava preocupada com os doentes que ficam num quarto individual em isolamento de contacto e na ansiedade e stress que pode causar o facto de estarem isolados, com menos contacto com os profissionais, com restrição de movimentos para fora do quarto, mas não me tinha ainda deparado com esta realidade. Pensei: como se sentirão os doentes idosos que estão confinados ao espaço da cama em volta dos cortinado e a olhar só para o teto? Como se consegue manter a vigilância dos clientes? Parece-me ficar muito dificultada. A existência de um ambiente seguro é condição fundamental para a construção de um processo de parceria.</p>

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>Tinha, estatura média e traços finos. Tinha a pele clara, pálida, cabelos castanhos pelos ombros, revelando já zonas brancas junto ao couro cabeludo que tinham nascido provavelmente desde a última vez que o cabelo tinha sido pintado. Quando abri os cortinados olhou para mim e sorriu, pareceu contente de me ver. Sorri-lhe também e disse-lhe: <i>“Olá! Posso entrar? Chamo-me Teresa e sou enfermeira.”</i> Perguntei-lhe como gostava de ser chamada ao que me respondeu: <i>“gosto que me chamem ML”</i>. Perguntei-lhe: <i>“Gosta de estar com os cortinados fechados?”</i> ao que ela prontamente me respondeu: <i>“Ai não senhora enfermeira, é horrível estar assim sem ver nada, até faz medo, parece que estou numa prisão...abra-os se faz favor, abra-os!”</i>. Assim fiz, abri os cortinados e vi um grande sorriso nos lábios de ML. <i>“Ai Sr.ª Enfermeira...que bom...que bom...”</i> Fiquei ao pé dela e começamos a conversar.</p> <p>Perguntei: <i>“Já alguém lhe explicou a razão de ficar assim com os cortinados?”</i> Ela respondeu-me: <i>“Já, já me explicaram que tinha uma infeção e era para não a passar para os outros, mas também já me disseram que era por ter homens na sala, para não ficar exposta, ainda não percebi bem qual é mesmo a razão...”</i>. Ao dizer isto olhava fixamente para mim com os olhos muito abertos, como a tentar perceber se afinal teria mesmo de ser assim. Toquei-lhe ao de leve na mão e ela agarrou a minha e continuou a olhar para mim à espera de resposta.</p> <p>Segurei-lhe na mão, sorri-lhe, expliquei-lhe quem era, onde</p>	<p>C.O.: Pensei na conversa que tinha tido já com a Enfª Chefe sobre o impacto do isolamento nos idosos em que me ela me tinha dado liberdade de proceder de modo que achasse adequado. O papel dos cortinados para prevenir a transmissão de microrganismos pela via de contacto é praticamente nulo. Além disso por serem muito manipulados estão geralmente contaminados e podem servir de veículo nessa transmissão contaminando as mãos dos profissionais.</p> <p>C.O. Pensei que tinha de ter muito cuidado com o que lhe ia dizer, não podia fazer com que ela perdesse a confiança na equipa, isso seria terrível. Como estabelecer uma relação de parceria sabendo que a confiança é uma condição fundamental?</p> <p>C.O.: Optei por não lhe dizer abertamente que os cortinados não tinham utilidade nenhuma no controlo da transmissão das infeções. Isso desacreditaria a</p>

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>trabalhava e o que estava ali a fazer. Disse-lhe que nalgumas situações, nomeadamente no banho, nas mudanças de posição, com a finalidade de preservar a sua intimidade, a opção de correr os cortinados me parecia uma boa opção. Ela concordou prontamente: “<i>mas claro, nessas situações tem de ser...</i>”. Então perguntei: “<i>Já disse a alguém o que sentia por estar com os cortinados fechados?</i>” Respondeu-me: “<i>Não, senhora enfermeira, eu já não digo nada, só disse uma vez porque se me disseram uma vez que tinha mesmo de ser assim, não valia a pena estar-me a queixar...se tinha que ser....</i>”. Continuei a tentar explicar: “<i>Sabe, ML, com certeza os meus colegas não se aperceberam que para si era tão difícil estar assim...</i>” continuei: “<i>Em relação a passar a infeção para os outros, essa é uma das maneiras mas há outras e vou falar com a equipa sobre isso e vamos tentar encontrar uma solução</i>”. Sorriu-me, apertou-me as mãos e disse-me: “<i>muito obrigada enfermeira Teresa, muito obrigada</i>”.</p>	<p>equipa e por isso não era opção. Pensei imediatamente que teria de falar com a minha orientadora do campo de estágio, com os colegas, e com a restante equipa, mas que tudo faria para que essa situação fosse resolvida.</p> <p>Como poderia aquela idosa sentir-se parceira nos cuidados se ela acreditava que ninguém tinha em conta os seus sentimentos em relação ao próprio ambiente onde se encontrava, se ela sentia que não valia a pena dizer nada pois tinha de ser assim? O seu ponto de vista não foi tido em conta. E o que saberia ela sobre o modo como as infeções se transmitem?</p> <p>ML tinha nos seus antecedentes pessoais “síndrome depressivo”. Como pode uma pessoa ter força anímica para recuperar num ambiente tão hostil?</p> <p>ML estava a desempenhar um papel que achava ser o papel que um “bom doente” deveria desempenhar: aceitar passivamente o que lhe dizem, e não se queixar: “os enfermeiros como o centro de poder”.</p> <p>Por outro lado não foi tido em conta “o querer de ML”, não foi vista como “um ser de direitos” com o direito de decidir.</p> <p>Penso que talvez os enfermeiros precisem de ajuda, talvez não consigam lidar com a situação, já que no serviço está instituído que os doentes em “isolamento” devem ter os cortinados corridos. Isso pode fazer com que evitem fazer perguntas sobre o que sentem os doentes, já que não podem proceder de outro modo.</p>

NOTAS DE CAMPO Nº2 (SR.^aMA)

DATA: 26 de Outubro de 2012

TURNO: Manhã (11h – 11h40m)

INTERVENIENTES: Enfermeira estagiária (própria) e Sr.^aMA

LOCAL DA INTERAÇÃO: Serviço de medicina, enfermaria de 4 camas

SR.^a ML. : 86 anos de idade.

MOTIVO DO INTERNAMENTO: Infecção urinária, prostração.

TEMPO DECORRIDO DESDE O INTERNAMENTO: 9 dias

OBJETIVO: Percecionar sentimentos envolvidos em situações de incontinência provocadas por diarreia aguda, e o modo como interfere na relação de parceria.

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p><u>CERCA DAS 11H, NA ENFERMARIA DA SR.^a MA</u></p> <p>Entrei na sala, uma enfermaria de 4 camas. Três delas estavam vazias, com a roupa puxada para trás. De costas para a porta mexendo na gaveta da mesa-de-cabeceira estava uma senhora idosa de robe cor-de-rosa. Era de baixa estatura, magra, tinha os cabelos brancos, lisos, pelos ombros. Quando disse “bom dia” ela voltou-se devagar, sorriu e disse-me bom dia. Tinha um sorriso bonito e os dentes brilhantes e limpos. “Dona A, como se sente hoje?” perguntei.</p> <p>Era bonita, tinha a pele morena e enrugada. Tinha olhos castanhos, pequenos e expressivos. Convidou-me a sentar no cadeirão dela que se encontrava junto à cama: “Sente-se senhora enfermeira, sente-se aqui!” Sorri e pedi-lhe que se sentasse ela no cadeirão e que eu me sentaria na cadeira. Assim fiz e ela também. “Sabe, senhora enfermeira, vou ter alta hoje! Mas sabe lá! Estava a ver que já não ia, estive tão mal ontem...bom...mas hoje já estou boa...” e juntou as mãos finas e enrugadas e ergueu-as como quem reza. Perguntei-lhe o que se tinha passado: “Esteve mal? O que aconteceu?”</p>	<p>C.O.: Sabia o nome dela porque tinha ouvido na passagem de turno. Tinha também sabido que na tarde anterior evacuara fezes líquidas em abundante quantidade e que tinha sujado a roupa o que não era habitual pois a senhora era independente nas suas AVD. Apesar disso tinha alta prevista para esse dia. Pensei na altura se se trataria de uma infecção a <i>C.difficile</i>. Foi isso que me levou a ir falar com ela.</p>

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>Respondeu, baixando a voz e olhando à volta como a averiguar se alguém estava a ouvir: “ Sabe? Os meus intestinos nunca foram muito bons, mas ontem....ontem...aquilo foi demais, só lhe digo que foi um dos piores dias da minha vida e olhe que já passei por muita coisa!” Abanava a cabeça devagar, tinha um ar sério, triste e olhava para o colo onde as mãos repousavam. Toquei-lhe na mão e esperei que me contasse, o que fez segundos depois. “ Senti uma coisa estranha na barriga, os intestinos a mexer muito, e uma moinha que primeiro ia e vinha...de repente....de repente...não tive tempo para nada...sujei-me toda...nem tive tempo de me levantar da cama, sujei tudo, a cama, a minha roupa...foi horrível! Senti-me tão mal...fiquei sem saber o que fazer, só me apetecia desaparecer...acho que se tivesse morrido ali nem me tinha importado...toquei à campainha, tive mesmo que tocar, não me podia levantar da maneira que estava...veio uma senhora que não era enfermeira, não estava vestida como a senhora! Mas coitada foi muito simpática, nem me ralhou nem nada...depois limparam-me e lavaram-me toda ela e uma enfermeira que chegou depois e também foi muito simpática...disseram-me para não me preocupar que já estavam habituadas...mas eu é que não estou nada habituada a uma coisa destas! Depois puseram-me uma fralda, disseram-me que era para ficar mais à vontade se me acontecesse outra vez a mesma coisa. Até chorei! Foi das piores coisas que já me aconteceu na vida!” Quando terminou de contar o que se tinha passado tinha lágrimas nos olhos.</p> <p>Dei por mim a dizer-lhe uma mentira: “Pois, eu sei Dona MA., isso é uma coisa</p>	<p>C.O.: Senti que tinha de lhe dizer qualquer coisa que a aliviasse, ela estava muito perturbada, ainda não tinha encontrado ninguém que me tivesse descrito uma experiência de incontinência de modo tão intenso. Para os meus colegas que passaram o turno ela tinha tido uma dejeção de fezes líquidas em abundante quantidade, mas para ela tinha sido muito mais que isso! Ela tinha 86 anos e nunca se tinha sentido assim....os seus sentimentos foram desvalorizados apesar de terem sido “muito simpáticas”, MA não foi olhada como parceira, apenas foi valorizada a dimensão biológica da pessoa. Se assim não fosse talvez tivessem sido procuradas outras alternativas à colocação de fralda, e talvez não tivesse sido tratada como mais uma velhinha querida, incontinente. Pelo seu lado MA vê os enfermeiros como “aqueles que mandam” e que decidem o que é melhor para os doentes. Por isso adota uma atitude de submissão.</p> <p>Pensei que é realmente muito importante conhecermos a outra pessoa sabermos o que a outra pessoa pensa, o significado que ela dá às coisas (revelar-se e envolver-se).</p> <p>C.O.: Estava a mentir mas não me lembrei de outra coisa para lhe dizer, mas fiquei satisfeita pois percebi que lhe deu algum conforto. Prossegui com a história à medida que ela me ia perguntando.</p>

SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO/COMENTÁRIO DO OBSERVADOR
<p>muito chata, e olhe que pode acontecer a qualquer um, aos velhos, aos novos...já me aconteceu a mim no autocarro há uns 10 anos e ainda me lembro! Tive de sair logo, estava envergonhadíssima, só queria um buraco onde me enfiar...foi horrível!”</p> <p>Disse-me: “coitadinha...custa muito, não custa? E depois o que é que fez?”. À medida que contava a história o fâcies dela ficava mais sereno, voltou a sorrir outra vez. Depois lembrou-se da fralda e deixou de sorrir: “Quando me tiraram a fralda de manhã senti-me logo outra...sabe? Nunca precisei de fralda nenhuma e agora estava a ver as coisas a andar para trás. Sabe? Felizmente ainda sou muito capaz, sou muito independente...!”</p>	<p>C.O.: Mais uma vez é mesmo necessário conhecer a outra pessoa. Uma fralda pode parecer uma coisa sem importância, banal até, mas para algumas pessoas pode ter um significado muito negativo. É como se disséssemos: “tu já não estás capaz, vou-te por a fralda que assim já não fazes na cama...”. Para uma pessoa que muito preza a sua independência isto pode ser terrível, é como se pedisse o controlo do corpo. Tenho de dar mais atenção a estes aspetos. Será este o próximo tema para uma reflexão conjunta com os enfermeiros.</p>

APÊNDICE 6
FOLHETO DE VISITAS

Quais os cuidados a ter quando tiver alta?

Quando sair do hospital o seu familiar pode voltar à sua vida normal, pois provavelmente já não terá diarreia. No entanto, existem alguns cuidados que ele deve manter para não se voltar a infectar e não transmitir a doença aos outros:

- Cumprir a prescrição médica corretamente (tomar os antibióticos até ao fim).
- Lavar as mãos com frequência, sempre após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos;
- Contatar o médico se voltar a ter diarreia e deve referir que teve infeção a *C.difficile*

Lavar as mãos após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos é uma medida simples mas muito importante para a proteção de toda a família



Clostridium difficile



O que deve saber

Clostridium difficile (*C.difficile*)

O que é?

É uma bactéria que se encontra no intestino de algumas pessoas saudáveis sem causar doença, porque a flora indígena (“bactérias boas”) do intestino não deixam que se desenvolva. Em doentes hospitalizados, sobretudo quando tomam antibióticos a flora indígena morre e o *C.difficile* pode multiplicar-se e causar diarreia.

Como se transmite?

O *C.difficile* está presente nas fezes das pessoas infetadas que têm diarreia, e contaminam superfícies tais como a cama, casa de banho (sanitas, manípulo do autoclismo, etc). As outras pessoas ao tocar nessas superfícies contaminam as mãos.

Se comerem ou tocarem na boca sem lavar as mãos, as bactérias são ingeridas e chegam ao intestino podendo provocar infeção. Pessoas com as mãos contaminadas podem também transmitir a bactéria a outras.



O que deve fazer quando visita um doente com *C. difficile*?

LAVE AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO DEPOIS DA VISITA

Lave as mãos com água e sabão depois da visita. Os solutos alcoólicos que existem à porta das enfermarias, não são indicados para as situações de infeção com esta bactéria. Pode usá-los antes da visita.

NÃO CONTACTE COM OS OUTROS DOENTES NEM COM OS SEUS OBJETOS

Os outros doentes estão frequentemente mais suscetíveis à infeção por *C.difficile*. Ao contactar com eles depois de contactar com o seu familiar pode transmitir-lhes esta bactéria.

Por cuidarem de vários doentes, os profissionais de saúde usam bata e luvas ao cuidar do seu familiar, para proteger os outros doentes.

É necessário usar luvas, bata ou máscara?

Não deve usar, a não ser que lhe seja pedido por razões especiais e lhe expliquem como usar.

Se estiver a tomar antibióticos ou se em casa, estiver a cuidar de alguém muito debilitado, fale com o enfermeiro que lhe explicará como deve fazer.

A maneira mais eficaz de se proteger é lavar as mãos com água e sabão.

NÃO SE SENTE NA CAMA NÃO COMA DURANTE A VISITA

O *C.difficile* pode ser tratado?

Sim. Por vezes é necessário tomar um antibiótico específico durante alguns dias. Os sintomas normalmente desaparecem passados dois a três dias do início do tratamento.

APÊNDICE 7
INDICADORES DE PARCERIA

1ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – **Revelar-se**

Indicador - Identificação do idoso hospitalizado com <i>C.difficile</i>	Registado	Não registado
Nome pelo qual prefere ser chamado	11	3
Idade (é colada vinheta com data de nascimento)	5	9
Hábitos religiosos	2	12

Indicador - Situação sociofamiliar	Registado	Não registado
Estado civil	8	6
Profissão (quando reformada não se regista o que fazia)	5	9
Pessoa significativa	3	11
Pessoa com quem habita	10	4
Apoio domiciliário	5	9
Recursos económicos (suficientes ou não)	0	14
Condições habitacionais e sanitárias (casa de banho, elevador)	0	14
Ocupações/projeto de vida	2	12

Indicador – Contexto da doença	Registado	Não registado
Proveniência	11	3
Motivo de internamento	11	3
Diagnóstico	14	0
Antecedentes pessoais	14	0
Medicação habitual	10	4
Antibióterápia últimas 8 semanas	0	14
Internamentos anteriores	6	8
Indicador – Atividades sensoriais*	Registado	Não registado
Estado de consciência	13	1
Estado emocional	13	1
Fala	14	0
Visão (na altura da admissão)	13	1
Audição (na altura da admissão)	13	1
Obs.: Não se registam quais as condições 1 ou 2 semanas antes do início da doença		
Indicador – Necessidades básicas	Registado	Não registado

Comunicação	13	1
Locomoção e mobilidade (também no domicílio).	12	2
Risco de quedas	14	0
Integridade da pele	14	0
Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	14	0
Higiene pessoal	12	2
Eliminação vesical	11	3
Eliminação intestinal	11	3
Eliminação intestinal há 2 semanas atrás ou antes do episódio atual (regularidade intestinal, características das fezes)	2	12
Hidratação	12	2
Alimentação (estado nutricional, alterações)	13	1
Alimentação, uso de prótese, falta de peças dentárias.	8	6
Alimentação, necessidade de ajuda	13	1
Sono e repouso	8	4

2ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – **Envolver-se**

Indicador – Conhecer as particularidades do doente e família de modo a melhorar a relação	Registado	Não registado
O que mais os preocupa no momento (doente e família)	0	14
O que sentem o doente e a família em relação à sua doença, quais os receios, as suas crenças.	0	14
O que sabem o doente e a família acerca do modo como se transmite a infeção a <i>C.difficile</i>	0	14
O enfermeiro tenta conhecer hábitos de higiene do doente e da família.	0	14
O enfermeiro avalia as capacidades do doente e família para compreender as informações que lhes são transmitidas.	0	14
O enfermeiro tenta identificar juntamente com a pessoa os constrangimentos ambientais (no ambiente hospitalar) que influenciam negativamente a transição da pessoa	0	14

3ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – **Capacitar**

Indicador – Construir uma ação conjunta no desenvolvimento de capacidades para agir e decidir.	Registado	Não registado
O enfermeiro cria condições promotoras de um ambiente saudável e facilitador do contacto frequente com o doente	0	14
O enfermeiro partilha informação com o doente/família de acordo com as necessidades de conhecimento identificadas e esclarece as dúvidas à medida que lhe são colocadas.	0	14
O enfermeiro identifica e valida de forma contínua com o idoso e família a necessidade de conhecimento acerca da infeção e modo de transmissão.	0	14
O enfermeiro estimula as boas práticas de prevenção da infeção e reforça positivamente o seu cumprimento	0	14
O enfermeiro identifica e valida de forma contínua com o idoso e família a necessidade de conhecimento acerca da prevenção das complicações do internamento e do isolamento de contacto	0	14

O enfermeiro estimula a manutenção da mobilidade promovendo o exercício, adequando-o às capacidades do idoso e tendo em conta a segurança dos outros doentes.	0	14
O enfermeiro avalia regularmente o bem-estar do doente, e tenta minimizar o impacto do isolamento de contacto, tendo em conta as suas preferências.	0	14

4ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – **Comprometer-se**

Indicador – Suportar o compromisso estabelecido em parceria de acordo com o projeto de vida do doente/família	Registado	Não registado
O enfermeiro e o doente/família estabelecem um plano de manutenção de boas práticas para evitar a transmissão da infeção, no hospital e em casa e avaliam-no periodicamente.	0	14
O enfermeiro ajuda o doente/família a identificar sinais de alerta de novo episódio de infeção após a alta, de modo a recorrer ao médico na altura devida.	0	14
O enfermeiro e o doente/família estabelecem um plano de exercício físico e avaliam-no periodicamente	0	14

5ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – **Assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro**

Indicador – Assegurar o controlo do doente sobre o seu projeto de vida e de saúde, ou a capacidade da família cuidar do idoso	Registado	Não registado
O doente demonstra bem-estar	0	14
O doente/família demonstram conhecimentos acerca da doença, modo de transmissão e sinais de alerta.	0	14
O doente/família demonstram confiança nos cuidados prestados e conhecimento de que podem recorrer ao enfermeiro sempre que sintam necessidade	0	14

APÊNDICE 8
INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO DE EPI

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Data ___ / ___ / _____

Grupo profissional: _____

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10											
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA									
PADRÃO 1 – PRECAUÇÕES DE CONTACTO		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Foram usadas luvas no contacto direto com o doente																																							
2	Foi usado bata ou avental no contacto direto com o doente ou com a sua unidade.																																							
3	Não foi usada máscara a não ser para cumprimento das PBCI																																							
4	O EPI foi retirado dentro do quarto de isolamento/zona de coorte.																																							
5	O EPI foi retirado pela ordem adequada de forma a não contaminar o profissional.																																							
6	O profissional higienizou as mãos após retirar o EPI *																																							

Legenda 1 - S – Sim; N – Não; NA - Não se aplica

*Se houver suspeita de infeção por *Clostridium difícil*, apenas se considera resposta positiva se o método escolhido foi a lavagem.

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Observações		Total 10 observações			
PADRÃO 1- PRECAUÇÕES DE CONTACTO		S	N	N A	Observances
1	Foram usadas luvas no contacto direto com o doente				
2	Foi usado bata ou avental no contacto direto com o doente ou com a sua unidade.				
3	Não foi usada máscara a não ser para cumprimento das PBCI				
4	O EPI foi retirado dentro do quarto de isolamento/zona de coorte.				
5	O EPI foi retirado pela ordem adequada de forma a não contaminar o profissional.				
6	O EPI foi colocado em contentor adequado.				
7	O profissional higienizou as mãos após retirar o EPI				
	Total				
Avaliação do Padrão 1					
Total de respostas SIM					
Total de respostas aplicáveis		X 100 =(IQ) de _____%			

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Data: ___ / ___ / _____

Grupo Profissional: _____

Observador: _____

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10					
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA			
1	Há indicação para o uso																																	
2	Mudou de luvas entre tarefas no mesmo doente se justificado																																	
3	Não contaminou o ambiente com as luvas																																	
4	As luvas foram retiradas imediatamente após o procedimento																																	
5	Mudou de luvas entre doentes																																	
6	Higienizou as mãos após retirar as luvas																																	

Legenda:

S – Sim

N – Não

NA - Não se aplica

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Observações		Total observações			Observances
PADRÃO 2 – UTILIZAÇÃO DE LUVAS		S	N	N A	
1	Há indicação para o uso				
2	Mudou de luvas entre tarefas no mesmo doente se justificado				
3	Não contaminou o ambiente com as luvas				
4	As luvas foram retiradas imediatamente após o procedimento				
5	Mudou de luvas entre doentes				
6	Higienizou as mãos após retirar as luvas				
Total					
Avaliação do Padrão 2					
$\frac{\text{Total respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ})$					

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Data ___ / ___ / _____

Serviço: _____

Observador: _____

Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Não contaminou o ambiente com o avental/bata																														
2	O avental ou bata foram retirados imediatamente após o procedimento																														
3	O avental ou bata foram retiradas de acordo com a técnica																														
4	Mudou de avental ou bata entre doentes																														
5	Lavou as mãos após retirar o avental ou bata																														

Legenda:

S-Sim

N-Não

NA-Não se aplica

AUDITORIA À UTILIZAÇÃO DE EPI - Processo

Observações		Total observações			
PADRÃO 3 – UTILIZAÇÃO DE AVENTAIS E BATAS		S	N	N A	Observances
1	Não contaminou o ambiente com o avental/bata				
2	O avental ou bata foram retirados imediatamente após o procedimento				
3	O avental ou bata foram retiradas de acordo com a técnica				
4	Mudou de avental ou bata entre doentes				
5	Lavou as mãos após retirar o avental ou bata				
Total					
Avaliação do Padrão 3					
$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ})$					

Adesão à utilização de Bata/avental

PROCEDIMENTO	FOI USADO	Grupo profissional	Observances
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Indicações para uso	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Enf <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/>	
Usou	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	

$$\frac{\text{Nº de vezes que usou}}{\text{Total de respostas sim Indicações para uso}} \times 100 = (\text{IQ})$$

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE POR PADRÕES

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA PADRÃO:

- Cada padrão é composto por um conjunto de critérios (cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto);
- Cada critério tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de critérios avaliados;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO

$$\frac{\text{Total de respostas SIM em todas as observações}}{\text{Total de respostas aplicáveis (S+N)}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } _____\%$$

BIBLIOGRAFIA:

Infection Control Nurses Association, 2005. Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the Community Setting, 48 p.

Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2005. Relatório da avaliação das estruturas e práticas para a higiene das mãos, Lisboa, 19p.

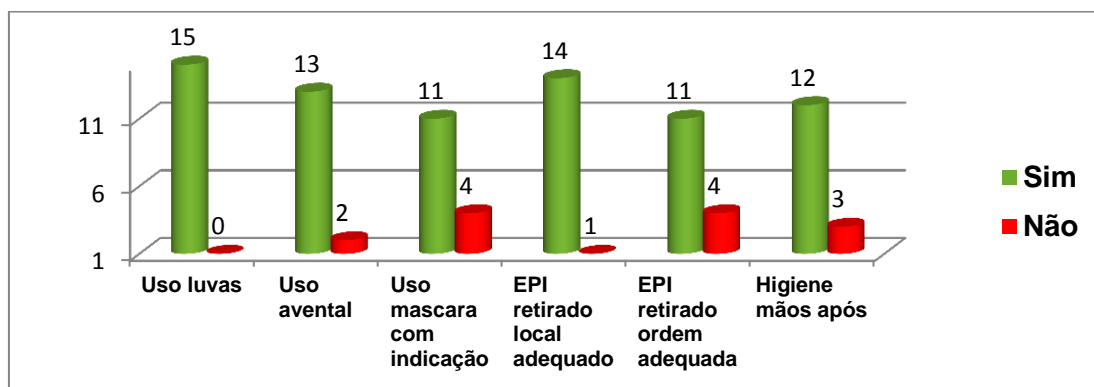
Direção Geral de Saúde, (2012). Norma nº 029/2012: "Precauções Básicas do Controlo da Infeção"

APÊNDICE 9
RESULTADOS

A - Práticas de utilização do (EPI) no caso de doentes em isolamento de contacto devido a infeção a *C.difficile*.

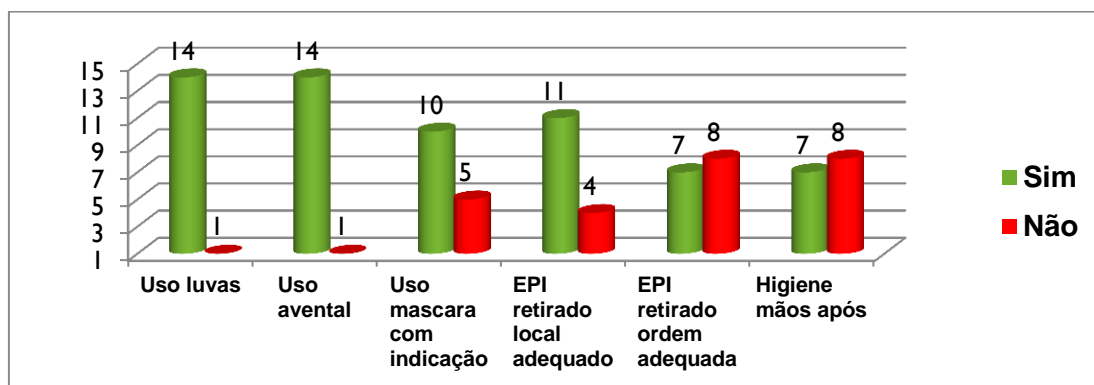
Foram observados 45 procedimentos /contactos com doentes em isolamento. Foram observados 15 Enfermeiros, 15 Médicos e 15 Assistentes Operacionais (AO).

Gráfico 1 - Uso correto de EPI nas precauções de contato no grupo dos Enfermeiros (n=15)



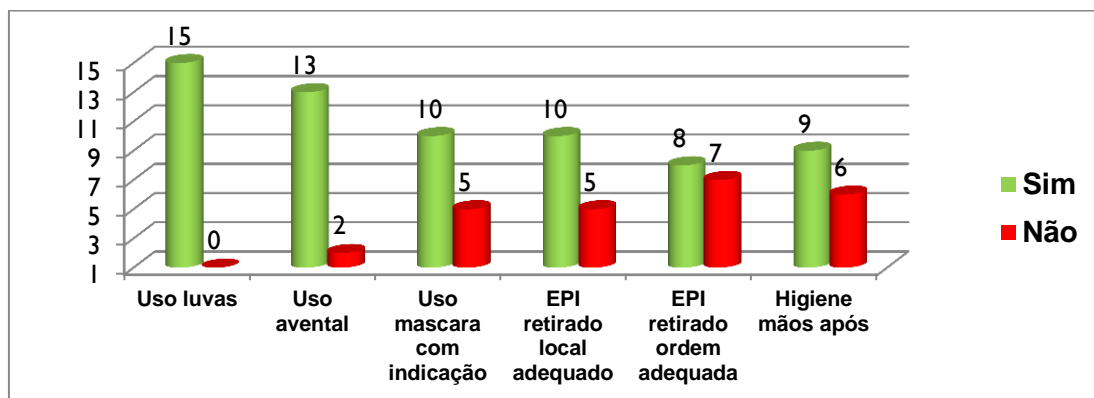
Índice de qualidade – 82,4%

Gráfico 2 - Uso correto de EPI nas precauções de contato no grupo dos Médicos (n=15)



Índice de qualidade – 72,4%

Gráfico 3 - Uso correto de EPI nas precauções de contato no grupo de AO (n=15)



Índice de qualidade – 72,2%

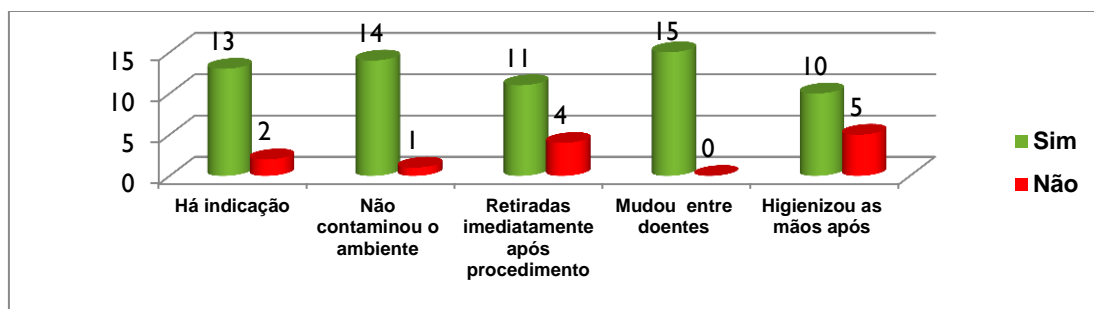
B - Observação das práticas de utilização do (EPI) nos procedimentos a doentes não sujeitos a isolamento de contacto.

Foi observado o EPI que pode ter influência na transmissão de microrganismos, nomeadamente as luvas e as batas/aventais.

Utilização de luvas

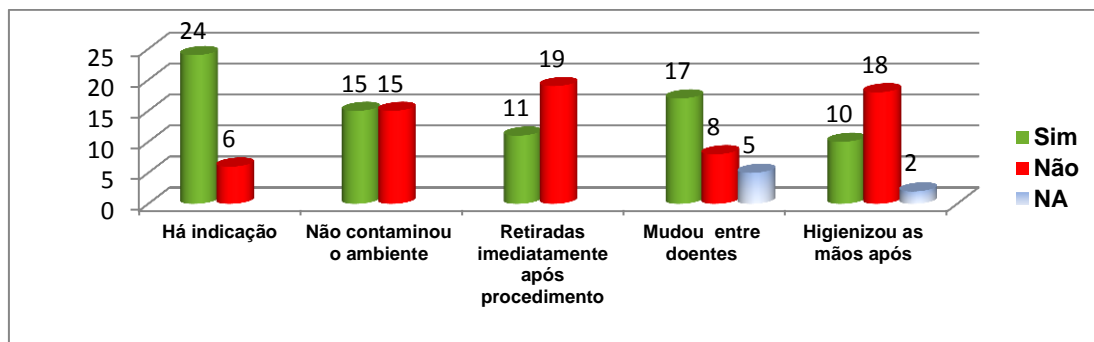
Foram observados 70 procedimentos efetuados pelos 3 grupos profissionais: Médicos (n= 30), AO (n= 25) e Enfermeiros (n=15).

Gráfico 4 -Uso de luvas - Enfermeiros (n=15)



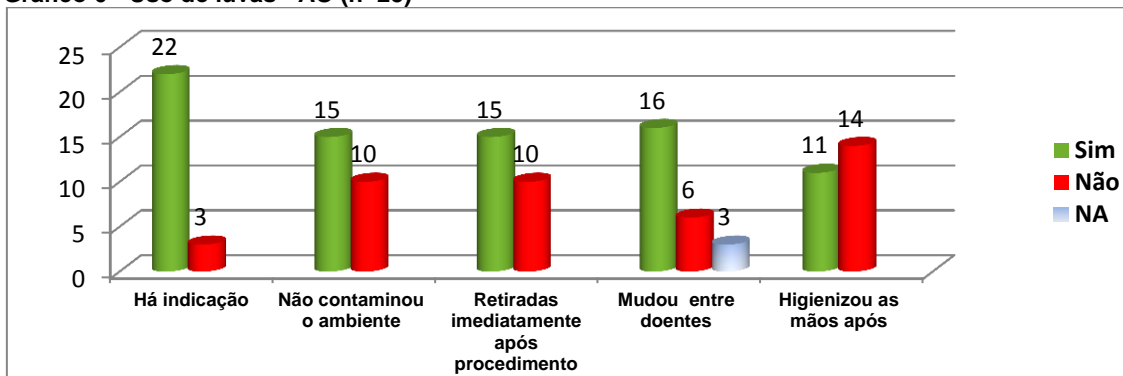
Índice de qualidade – 84%

Gráfico 5 - Uso de luvas - Médicos (n=30)



Índice de qualidade – 53,8%

Gráfico 6 - Uso de luvas - AO (n=25)

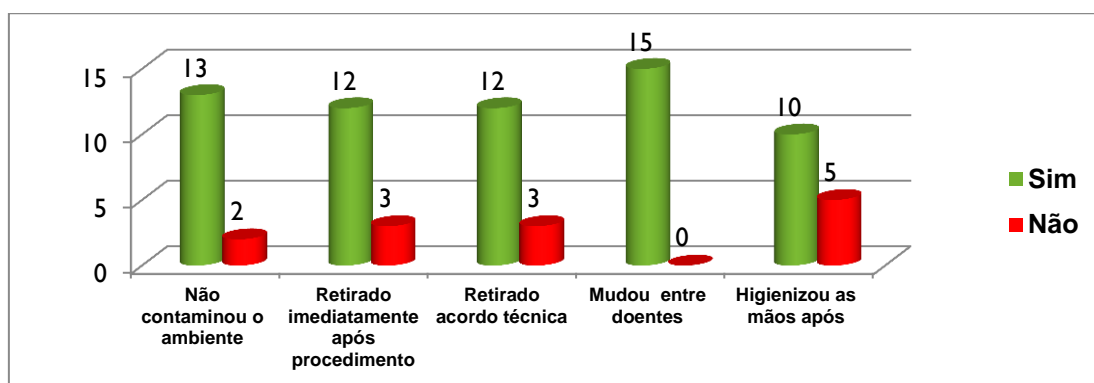


Índice de qualidade – 64,7%

Uso de bata/avental

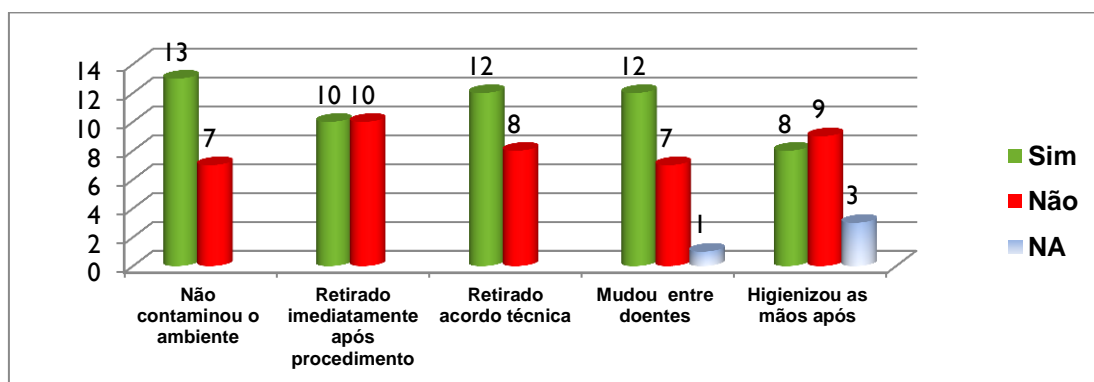
Foi observado o uso de bata/avental por parte dos 3 grupos profissionais (médicos, enfermeiros e AO). No caso dos enfermeiros e AO, foi avaliada a ocorrência de contaminação do ambiente inanimado, a retirada deste EPI na altura adequada e de modo adequado sem contaminar o profissional, a troca entre doentes e a higienização das mãos (lavagem ou fricção com solução alcoólica). Foi ainda observada a adesão à sua utilização quando havia indicação para o seu uso (gráficos 10, 11 e 12). No grupo dos médicos, apenas foi observada a conformidade de acordo com o uso ou não deste equipamento quando indicado (situações em que houve contacto extenso e/ou prolongado do fardamento com o doente e/ou a sua unidade) já que a sua utilização por parte deste grupo profissional é escassa, não se tratando de situações de isolamento de contacto.

Gráfico 7 - Uso de batas/aventais - Enfermeiros (n=15)



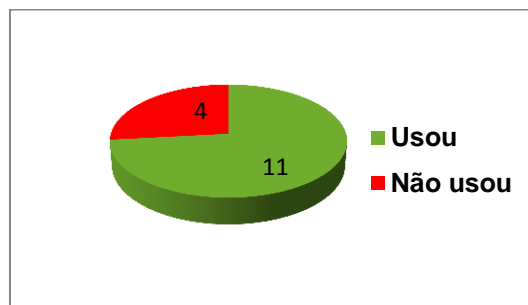
Índice de qualidade – 82,4%

Gráfico 8 - Uso de batas/aventais - AO (n=20)



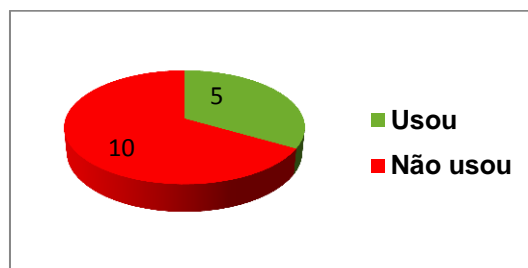
Índice de qualidade – 57%

Gráfico 9 - Uso de avental de acordo com a existência de indicação



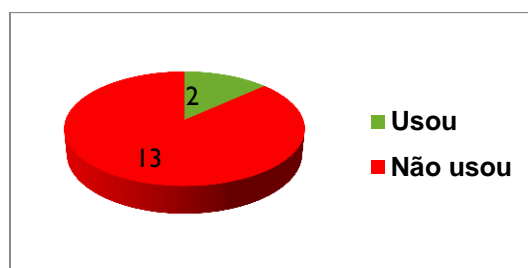
Índice de qualidade – 73,3%

Gráfico 10 - Uso de batas/aventais de acordo existência de indicação (n=15)



Índice de qualidade – 33,3%

Gráfico 11 - Uso de batas/aventais de acordo com existência de indicação (n=15) - Médicos



Índice de qualidade – 13,3%

Conclusões da primeira observação:

Em relação ao uso do EPI quando há indicação para precauções de contacto, a taxa de conformidade é boa, havendo no entanto aspetos a melhorar, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos após a retirada do EPI. Isto verificou-se em todos os grupos profissionais mas com taxas de conformidade (índices de qualidade) mais reduzidas nos grupos dos Médicos e AO. Também o modo como se retira o equipamento poderá ser melhorado, para evitar a contaminação do profissional que o usa.

Em relação ao uso de luvas a taxa de conformidade foi boa no grupo dos Enfermeiros e insuficiente nos grupos dos Médicos e AO. Nestes grupos

observou-se a contaminação do ambiente inanimado devido ao facto das luvas não terem sido retiradas logo após o procedimento a que se destinavam. Verificou-se que também foram usadas em mais do que num doente em algumas situações. Em todos os grupos foram observadas situações em que as mãos não foram higienizadas após a retirada das luvas sendo que a taxa de não adesão foi superior no grupo dos Médicos, seguido do grupo dos AO.

Em relação ao uso de batas/aventais, verificou-se uma muito baixa taxa de adesão por parte do grupo dos Médicos, a não ser durante as precauções de contacto. O grupo dos AO, também apresentou uma taxa de adesão baixa ao uso de avental quando indicado.

Avaliação das atividades desenvolvidas para cumprir o objetivo específico 1

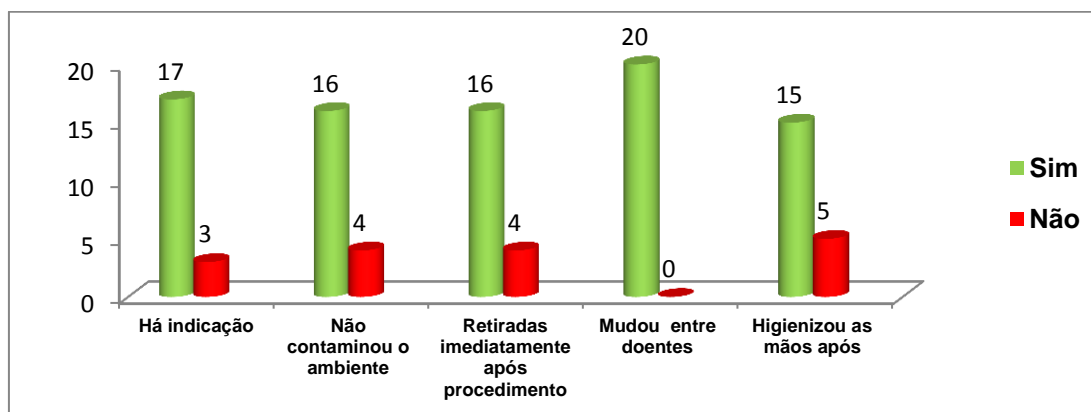
Práticas de utilização de EPI

Após as ações de sensibilização e formação, foram efetuadas novas observações nos casos que mereceram maior preocupação, nomeadamente a utilização de luvas por parte dos médicos e a utilização de aventais por parte dos AO.

Equipa médica

Foi feita observação ao uso de luvas (gráfico 13). Embora ainda se verifiquem não conformidades, **o índice de qualidade aumentou de 53,8% para 84%**, mais do que tinha sido definido pela equipa como objetivo, ou seja 20%, o que foi motivo de contentamento por parte de todos os envolvidos.

Gráfico 12 - Uso de luvas - Médicos (n=20)

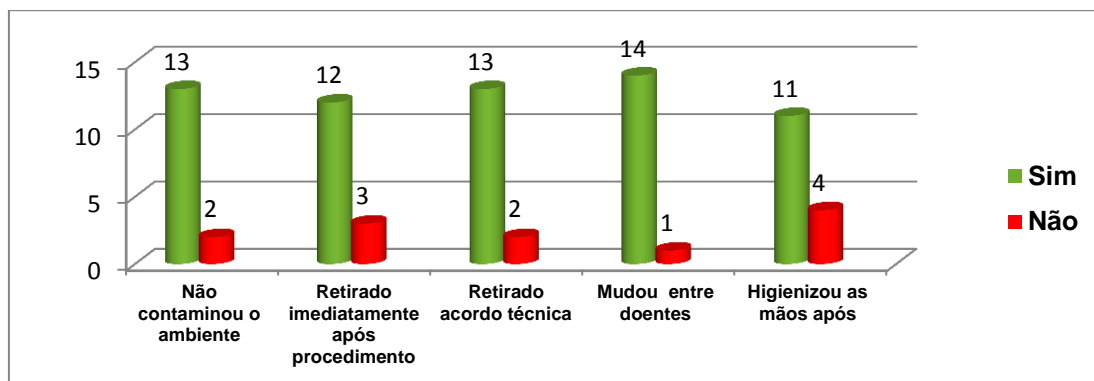


Índice de qualidade – 84%

Equipa de AO

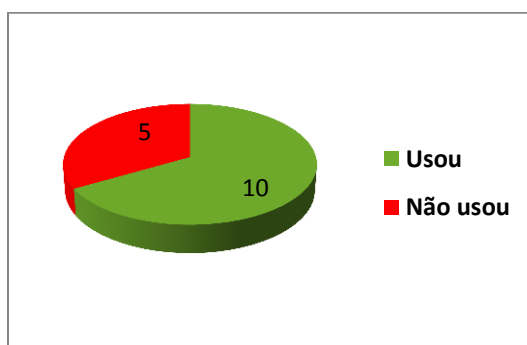
Foi feita observação ao uso de aventais (Gráfico 13) e à adesão à sua utilização (Gráfico 14). Verificou-se uma melhoria dos índices de qualidade de 57% para 84%, no que diz respeito às boas práticas no seu uso e de 33,3% para 66,6% para a adesão à utilização.

Gráfico 13 -Uso de aventais - (n=15) - AO



Índice de qualidade – 84%

Gráfico 14 - Uso de batas/aventais de acordo com existência de indicação (n=15) - AO



Índice de qualidade – 66,6%

APÊNDICE 10
APRESENTAÇÃO OBSERVAÇÕES EPI

Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais do serviço de Medicina



3º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Enfermagem à Pessoa Idosa



Teresa Amores

Foi observado Uso de EPI:

No isolamento de contacto de acordo com os grupos profissionais.

Indicações para isolamento de contacto:

- *Clostridium difficile*
- *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA)
- *Enterobacteriaceae* produtoras de betalactamases de espectro alargado (ESBL) - ex. *Klebsiella s.p.*, *E.coli*,
- *Acinetobacter baumannii*, resistente aos carbapenemes
- *Enterococcus* resistentes à vancomicina
- *Serratia marcescens*

Noutros procedimentos para os quais é indicado o uso de luvas e aventais/batas.

Uso de EPI no isolamento de contacto de acordo com os grupos profissionais

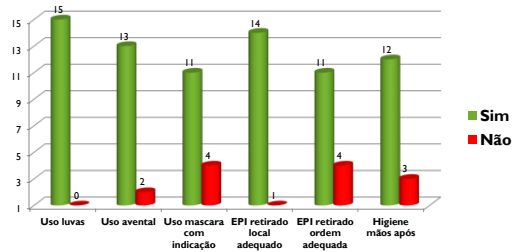
Foram observados 45 procedimentos efectuados a doentes em isolamento de contacto, pelos 3 grupos profissionais: 15 Enfermeiros, 15 Médicos e 15 Assistentes Operacionais (AO).

Foi observado:

1. Uso de luvas (contacto direto com o doente ou com a sua unidade)
2. Uso de avental/bata (contacto da farda com o doente ou com a sua unidade)
3. Uso de máscara com indicação (doente com tosse ou com microrganismos transmissíveis por gotículas)
4. EPI retirado em local adequado (dentro do quarto ou zona de coorte)
5. EPI retirado pela ordem adequada (evitar a contaminação do utilizador)
6. Higiene (lavagem ou desinfeção) das mãos após retirar o EPI.

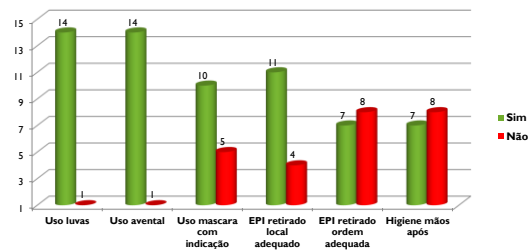
Uso de EPI no isolamento de contacto Enfermeiros

Grafico 1 – Uso correto de EPI nas precauções de contacto no grupo dos Enfermeiros (15 observações)



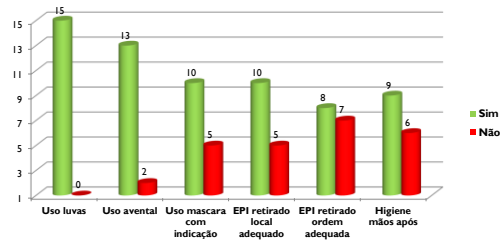
Uso de EPI no isolamento de contacto Médicos

Grafico 2 – Uso correto de EPI nas precauções de contacto no grupo dos Médicos (15 observações)



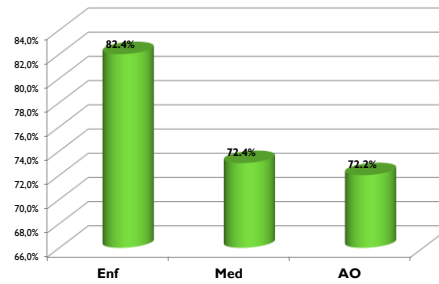
Uso de EPI no isolamento de contacto AO

Grafico 3 – Uso correto de EPI nas precauções de contacto no grupo dos AO (15 observações)



Uso de EPI no isolamento de contacto

Gráfico 4 – Índice de qualidade obtido, de acordo com os grupos profissionais



Uso de Luvas

(precauções de contacto não incluídas)

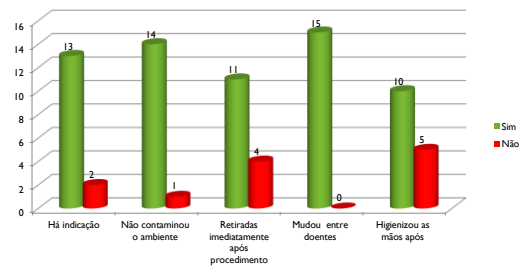
Foram observados 70 procedimentos efetuados pelos 3 grupos profissionais: Médicos (n= 30), AO (n= 25) e Enfermeiros (n=15)

Foi observado:

1. A existência ou não de indicação para o seu uso (risco de contaminação com fluidos orgânicos)
2. A ocorrência de contaminação do ambiente inanimado,
3. A retirada deste EPI na altura adequada (após o procedimento)
4. A troca entre os doentes
5. A higiene das mãos após retirar as luvas (lavagem ou fricção com solução alcoólica).

Uso de Luvas - Enfermeiros

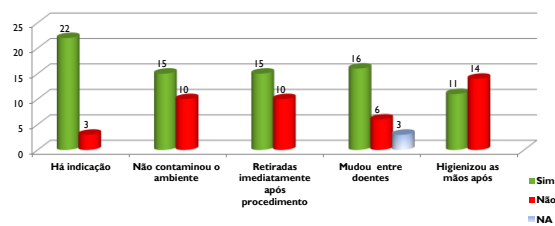
Gráfico 5 – Uso de luvas – Enfermeiros (n=15)



Índice de qualidade – 84%
(16% de incumprimento)

Uso de Luvas - AO

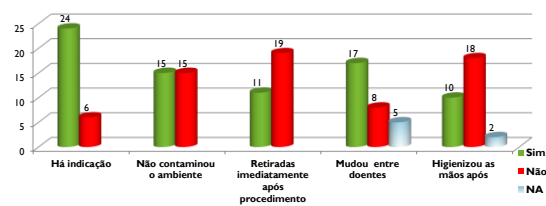
Gráfico 6 – Uso de luvas – AO (n=25)



Índice de qualidade – 64,7%
(35,3% de incumprimento)

Uso de Luvas - Médicos

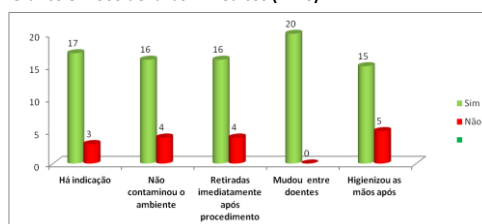
Gráfico 7 – Uso de luvas – Médicos (n=30)



Índice de qualidade - 53,8%
(46,2% de incumprimento)

Uso de Luvas - Médicos

Gráfico 8 – Uso de luvas – Médicos (n=20)



Índice de qualidade - 84%
(16% de incumprimento)

Uso de Aventais/batas

(precauções de contacto não incluídas)

Foi observado o uso de bata/avental por parte dos 3 grupos profissionais:
AO (n=20), Médicos (n= 15) e enfermeiros (n= 15)

Enfermeiros e AO, foi avaliada:

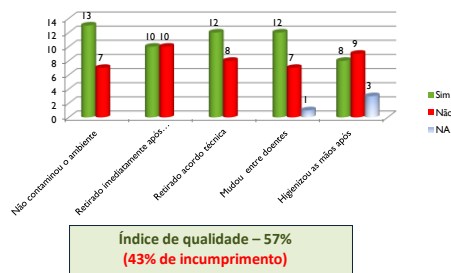
1. A ocorrência de contaminação do ambiente inanimado com o avental
2. A retirada ou não deste EPI após o procedimento,
3. A retirada de modo adequado sem contaminar o utilizador
4. A troca entre doentes e a higiene das mãos (lavagem ou fricção com solução alcoólica).
5. O uso (ou não) deste equipamento quando indicado.

Médicos:

Foi observada a conformidade de acordo com o uso ou não deste equipamento quando indicado (situações em que houve contacto extenso e/ou prolongado do fardamento com o doente e/ou a sua unidade) .

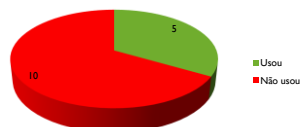
Uso de Aventais/batas - AO

Gráfico 8 – Uso de batas/aventais – AO (n=20)



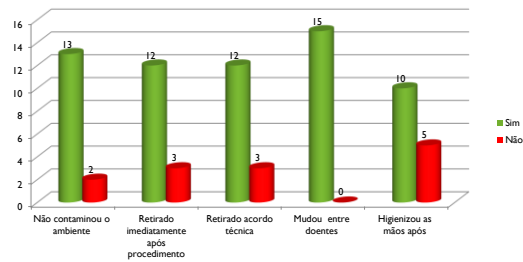
Uso de Aventais/batas de acordo com a existência de indicação - AO

Gráfico 9 – Uso de batas/aventais de acordo com a existência de indicação (n=15) - AO



Uso de Aventais/batas - Enfermeiros

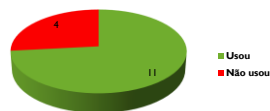
Gráfico 10 – Uso de batas/aventais – Enfermeiros



Índice de qualidade – 82,6%
(17,4% de incumprimento)

Uso de Aventais/batas de acordo com a existência de indicação - Enfermeiros

Gráfico 11 – Uso de batas/aventais de acordo com a existência de indicação (n=15) – Enfermeiros

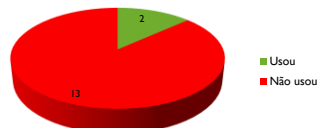


Índice de qualidade – 73,3% (11 utilizações em 15 indicações)
(26,7% de incumprimento)

Uso de Aventais/batas de acordo com a existência de indicação - Médicos

Consideraram-se indicações para o seu uso, as situações em que uma grande extensão da bata ficava em contacto com o doente (p.ex.durante a observação física).

Gráfico 12 – Uso de batas/aventais de acordo com a existência de indicação (n=15) - Médicos



Índice de qualidade – 13,3% (2 utilizações em 15 indicações)
(86,7% de incumprimento)

Conclusões:

- Quando há indicação para precauções de contacto, a taxa de conformidade é boa, havendo aspetos a melhorar, principalmente a higiene das mãos após retirar o EPI.
- O modo como se retira o equipamento poderá ser melhorado, para evitar a contaminação do profissional que o usa.
- O índice de qualidade no uso de luvas, foi bom no grupo dos Enfermeiros e razoável nos grupos dos Médicos e AO. Nestes grupos observou-se a contaminação do ambiente inanimado pelo facto das luvas não terem sido retiradas logo após o procedimento.
- Verificou-se que as luvas foram usadas em mais do que num doente em algumas situações.
- O índice de qualidade no uso de aventais quando existe indicação, foi baixo no grupo dos Médicos seguido pelo grupo dos AO.



OKAY!



APÊNDICE 11
MICROORGANISMOS ALERTA E VIAS DE TRANSMISSÃO



Epidemiologia da infecção

Contaminação – presença de microrganismos de forma transitória.

Colonização – presença e multiplicação de microrganismos nos tecidos do hospedeiro sem causar resposta clínica ou imunológica.

Infecção – multiplicação dos microrganismos nos tecidos do hospedeiro provocando manifestações clínicas ou sub-clínicas.

Microrganismos alerta da CCI

- ➔ *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA)
- ➔ *Enterobacteriaceae* produtoras de Betalactamases de espectro alargado (ESBL)
- ➔ *Serratia marcescens*
- ➔ *Acinetobacter baumannii*
- ➔ *Clostridium difficile*
- ➔ *Enterococcus* resistente à Vancomicina

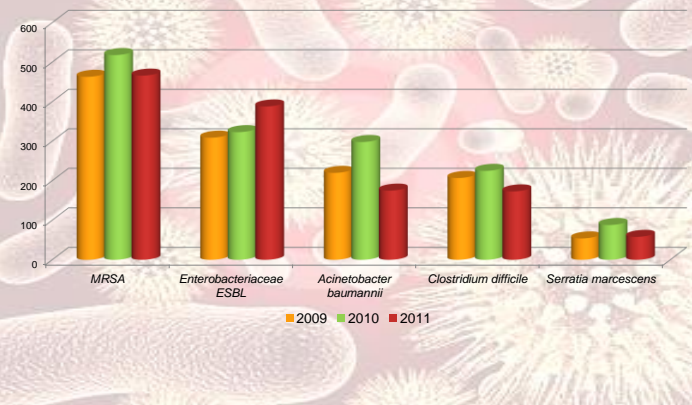
Microorganismos “alerta” - O que mudou em
15 anos no hospital

	MRSA	<i>Serratia marcescens</i>	<i>Klebsiella Pneumoniae</i> (ESBL)	<i>E.coli</i> (ESBL)	<i>Acinetobacter baumannii</i> MR	<i>Clostridium difficile</i>
1997	242	75	79	0 (ou esporádico)	0	
2007	303	68	93	118	149	(2008) 289
2012	500	55	288	225	141	221

Nº de MICROORGANISMOS “ALERTA” 2009, 2010, 2011
HSM

Microorganismos	2009		2010		2011	
	P/1000 dias internamento	P/1000 doentes	P/1000 dias internamento	P/1000 doentes	P/1000 dias internamento	P/1000 doentes
MRSA	1,41	11,9	1,61	14,5	1,48	12,2
ACBA	0,67	4,3	0,72	6,2	0,55	4,56
CD	0,61	5,3	0,68	5,9	0,55	4,56
ESBL	1	8,1	0,98	9	1,23	10,1

Nº de MICROORGANISMOS “ALERTA” 2009, 2010, 2011
HSM

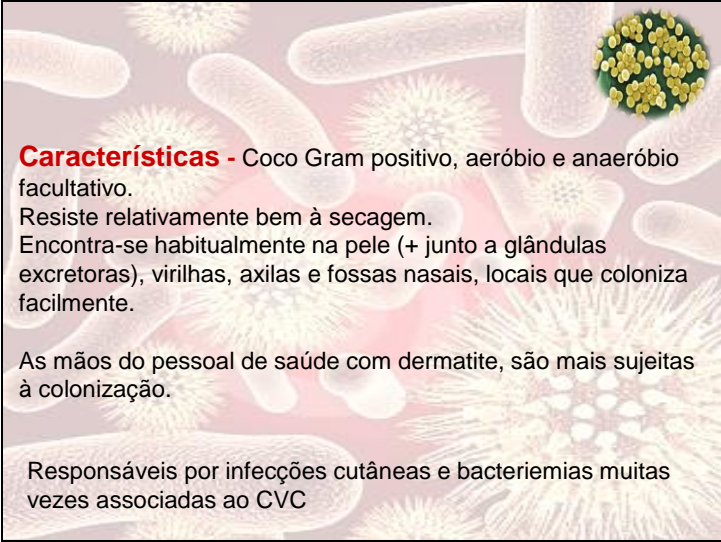




**Methicillin
Resistant
Staphylococcus
Aureus**

Aparecimento detectado no início da década de 60, dois anos após início do uso da Meticilina.


Em Portugal, nos doentes internados, cerca de 50% das infecções a *Staphylococcus aureus* são devidas a MRSA



Características - Coco Gram positivo, aeróbio e anaeróbio facultativo.
Resiste relativamente bem à secagem.
Encontra-se habitualmente na pele (+ junto a glândulas excretoras), virilhas, axilas e fossas nasais, locais que coloniza facilmente.

As mãos do pessoal de saúde com dermatite, são mais sujeitas à colonização.

Responsáveis por infecções cutâneas e bacteriemias muitas vezes associadas ao CVC



Vias de transmissão – Transmite-se por contacto.
Contamina o ambiente devido à constante descamação da pele. Pode sobreviver no ambiente vários meses.

Os doentes que são portadores de *Staphylococcus*, com infecções virais das vias respiratórias superiores, podem disseminar o microrganismo por gotículas.

A colonização é geralmente prolongada, podendo durar meses ou mesmo anos se se mantiverem os factores de risco.



Acinetobacter baumannii

Características – Bacilo Gram neg aeróbio.

Patogénico oportunista. Adquire rapidamente resistência a antibióticos.

Grande capacidade de formação de biofilmes – resiste à dissecação e condições adversas e pode sobreviver meses no ambiente.

Coloniza pele, intestino e vias respiratórias superiores

Responsável por infecções respiratórias, pele e tecidos moles



Acinetobacter baumannii

Vias de transmissão – Transmite-se por contacto.

A colonização é geralmente prolongada, podendo durar vários meses se se mantiverem os factores de risco.



Acinetobacter baumannii

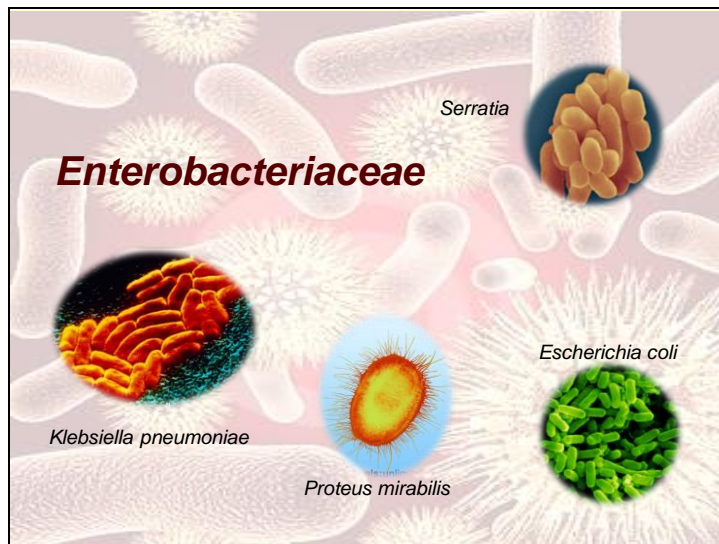
Dos 73 doentes admitidos numa UCI do *Hospital de Bellvitge*, 48 ficaram colonizados (66%)

Percentagem de doentes colonizados com

A. baumannii, de acordo com a altura em que foi detectada

Altura da detecção	Percentagem de doentes colonizados
1ª semana UCI	77% (37)
2ª semana UCI	21% (10)
3ª semana UCI	2% (1)

Ayats et al, Journal of Hospital Infection, 1997.



Enterobacteriaceae

Características - As *Enterobacteriaceae* são bactérias Gram neg. comensais que existem em grande número na água e no solo.

O principal local anatómico do ser humano onde se encontram os microrganismos desta família, é o aparelho gastro-intestinal.

Algumas estirpes são produtoras de enzimas (betalactamases) que destroem os antibióticos betalactâmicos, e mais recentemente apareceram estirpes produtoras de carbapenemases (destróem os carbapenemes)

Enterobacteriaceae
produtoras de β -lactamases de espectro alargado (esbl)
(*Klebsiella pneumoniae*, *E.coli*...)

Colonizam habitualmente a orofaringe e o aparelho gastrointestinal dos doentes hospitalizados.

O intestino é o principal reservatório (implicado em surtos de *K. pneumoniae* em UCIs). Esta colonização pode persistir durante meses.

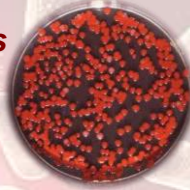
Via de transmissão – Transmitem-se por contacto. Podem sobreviver durante meses no ambiente.

Enterobacteriaceae



Milagre ou contaminação??

Serratia marcescens



Características – Bacilo Gram neg aeróbio e anaeróbio facultativo. Prefere meios húmidos.

Coloniza o aparelho respiratório e as vias urinárias

Responsável por infecções de feridas, urinárias, oculares, septicemias, respiratórias

Vias de transmissão – Transmite-se por contacto.

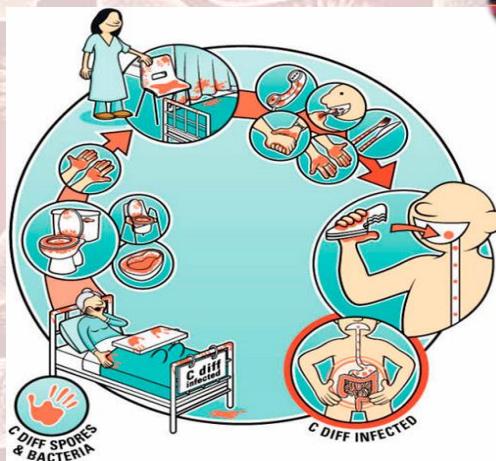
Clostridium difficile



Características – Bacilo Gram positivo anaeróbio, com capacidade de formar esporos.

Vias de transmissão – Transmite-se por contacto (via fecal-oral). As fezes dispersam os esporos que depois são ingeridos e se houver condições apropriadas desenvolve doença.

Transmissão fecal-oral



17 estudos demonstraram a efectividade da promoção da higiene das mãos na redução IACS

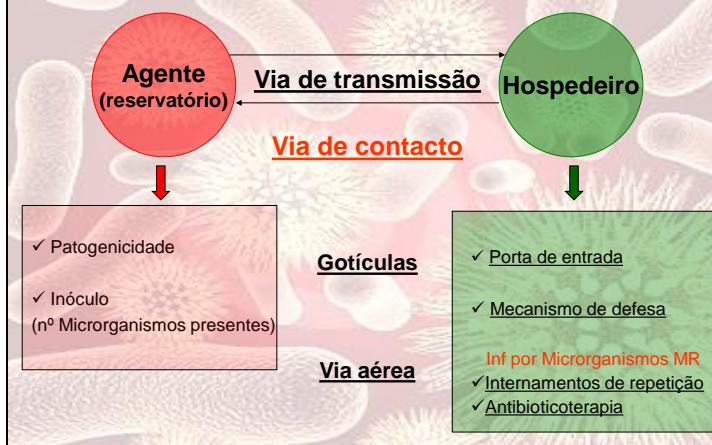
Lancet Infectious Diseases 2006

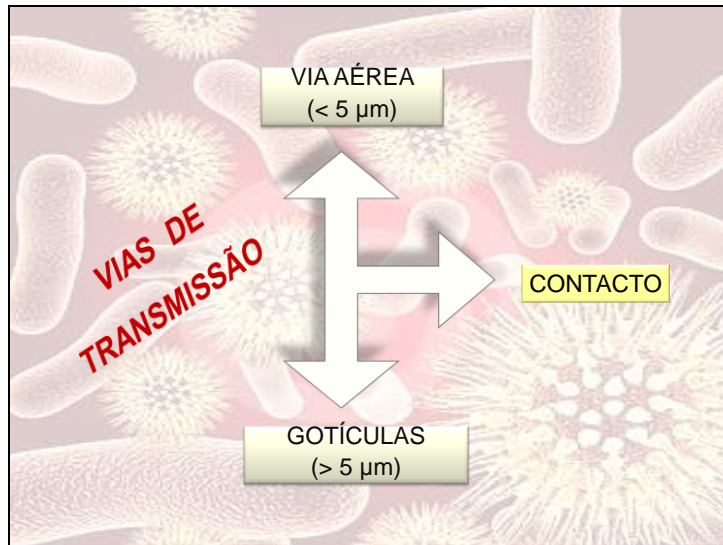
ANO	Autor	Serviço	Resultados significativos	Duração do follow-up
2000	Pittet et al.	Hospital	Redução na Taxa anual de prevalência de IACS em 41.5% e de MRSA em 87%.	5 anos
2004	Won et al	UCI neonatal	Redução na Taxa de infecção especialmente respiratórias de 15.1 / 1000 dias de internamento para 10.7 / 1000 dias de internamento	2 anos
2005	Rosenthal et al	ICI adultos	Redução Taxa de inf. de 47.5 / 1000 para 27.9 / 1000 dias de internamento	21 meses
2005	Johnson et al	Hospital	Redução de 57% na bacteriémia por MRSA	36 meses

VIAS DE TRANSMISSÃO



Epidemiologia da infecção





GOTÍCULAS (> 5 μm)

EX. Gripes, infecções respiratórias virais, meningites

TRANSMISSÃO

- CONTACTO DIRECTO (< 1M)
- CONTACTO INDIRECTO (SUPERFÍCIES)

Uso de máscara sempre que se permanecer a menos de 1 metro do doente;

VIA AÉREA (< 5 μm)

EX. Tuberculose, Sarampo, Varicela..

TRANSMISSÃO

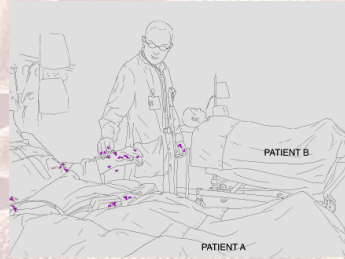
TRANSPORTADAS PELO AR A GRANDES DISTÂNCIAS

RESPIRADORES DE PARTÍCULAS

CONTACTO

EX. *MRSA*, *Acinetobacter*, *clostridium difficile*,...

TRANSMISSÃO



CONTACTO

ISOLATION

1 – Isolamento

(por ordem de preferência)



Quarto individual

Coortes

Em local afastado dos locais de passagem

Afastados de doentes com factores de risco para a infecção/colonização com microrganismos MR

CONTACTO

2 - Higienização das mãos



Usar **Solução anti-séptica de base alcoólica** (método preferencial) após qualquer contacto com o doente ou com a sua unidade quer se usem luvas ou não. Se as mãos tiverem sujidade visível lavar primeiro com água e sabão.

Nos contactos com **doentes com diarreia** (possibilidade de infecção a *Clostridium difficile*) as mãos **devem ser lavadas** com água e sabão pois o álcool não destrói os esporos.

CONTACTO

3 - Utilização de equipamento de protecção

Utilizar **máscara** em contactos próximos com o doente se ele apresentar tosse, ou quando se prevê a produção de aerossóis (ex. aspiração de secreções).

Utilizar **avental de plástico ou bata**, nos procedimentos que impliquem um contacto directo com o doente ou com a sua unidade.

Usar **luvas** no contacto com o doente e retirá-las imediatamente após o procedimento.

CONTACTO

4 - Evitar a disseminação no ambiente

Dar especial atenção às superfícies mais manipuladas, como os manípulos das portas, interruptores, puxadores, campainhas, suportes de soro, grades da cama, sanitários, rebordo da sanita, manipulo do autoclismo, torneira do lavatório, etc.

No caso do *C. difficile* a limpeza deve ser seguida de desinfecção com desinfectante à base de cloro (mínimo 2500 ppm) ou de peróxido de hidrogenio (desinfecção de alto nível)

CONTACTO

4 - Evitar a disseminação no ambiente (cont.)

A **roupa** deve ser manipulada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente com escamas da pele. Deve ser imediatamente contida num saco que deverá ser fechado antes de sair da unidade do doente.

CONTACTO

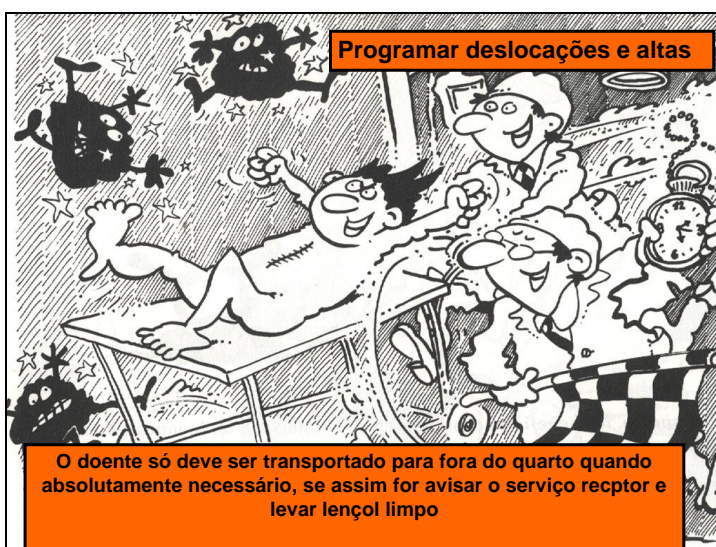
4 - Visitas

Informar sobre:

A importância de lavar ou desinfetar as mãos antes e depois de contactar com o doente que visitam;

Não contactar directamente com os outros doentes;

O uso de Equipamento de Protecção pelas visitas **NÃO ESTÁ INDICADO** a não ser em casos excepcionais.



RESUMO

EPI específico Recomendado	Contacto	Gotículas	Via Aérea
Quarto individual desejável mas não obrigatório	+	+	
Quarto individual obrigatório com ventilação e pressão negativa			+
Protecção respiratória		 Contactos próximos (1 a 2 metros)	 Ao entrar no quarto
Bata	+		
Luvas	+		

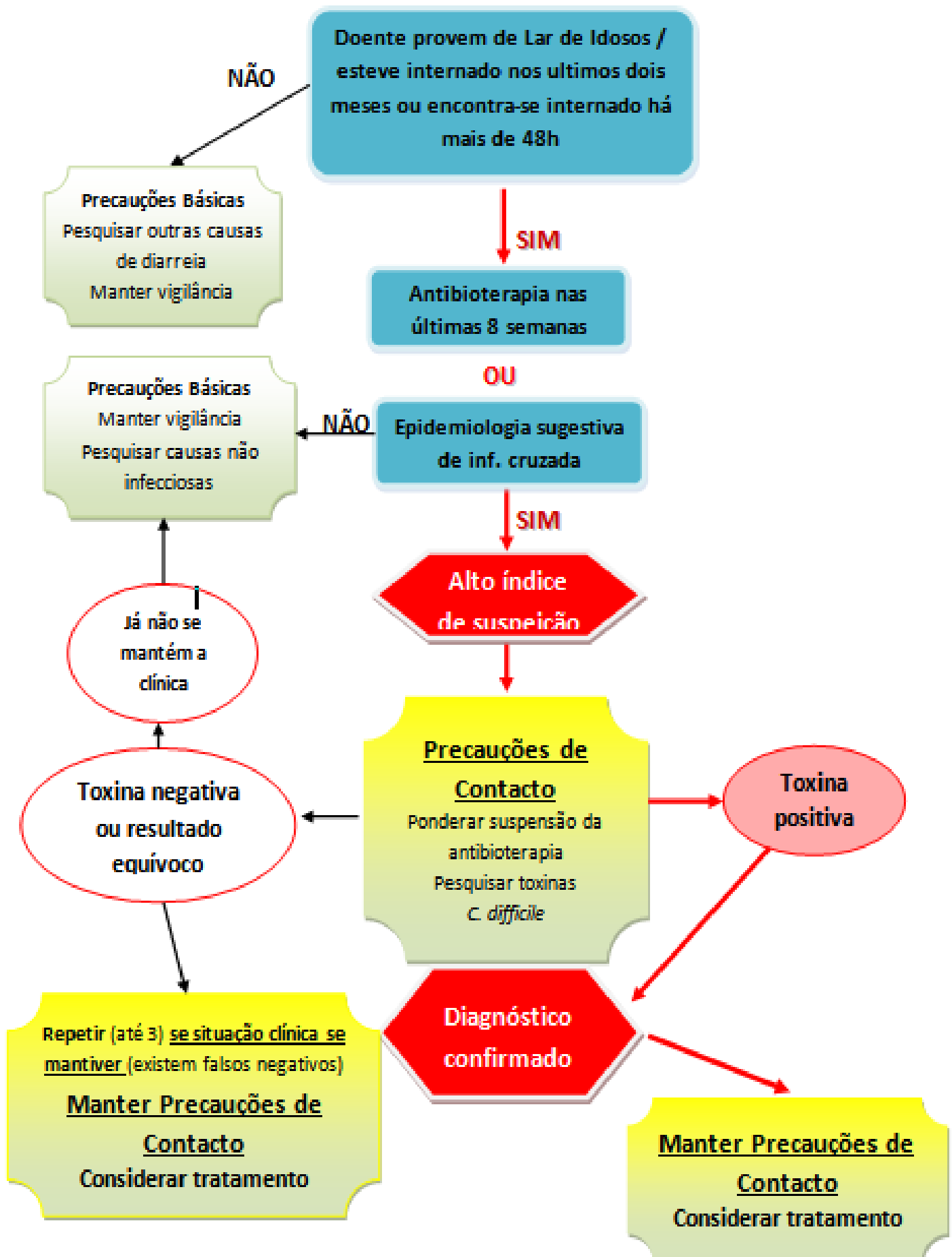
Cumprimento obrigatório das Precauções Básicas em todas as situações



APÊNDICE 12
FLUXOGRAMA

Infeção a *Clostridium difficile*

FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM CASO DE DOENTE COM DIARREIA DE PROVÁVEL ORIGEM INFECCIOSA



APÊNDICE 13
TESTE OS SEUS CONHECIMENTOS

Teste os seus conhecimentos acerca do *Clostridium difficile* (*C.difficile*)

Não assine. Peço apenas que indique o seu grupo profissional:

Assistente Operacional Enfermeiro Médico Outro profissional

Coloque um círculo à volta da(s) resposta(s) que considera correta(s)

A. O *Clostridium difficile* é:

1. Um parasita
2. Um vírus
3. Uma toxina
4. Uma bactéria

B. A infeção a *Clostridium difficile* está geralmente associada a:

1. Internamentos prolongados
2. Idade avançada
3. Ingestão de alimentos em condições deficitárias
4. História de uso de antibióticos

C. Foi informado que o doente idoso que estava internado há 4 dias por infeção respiratória desenvolveu um quadro de diarreia. Tem de tomar algumas medidas mas a primeira deverá ser:

1. Colher fezes para pesquisa de *C.difficile*;
2. Informar o médico da situação de diarreia;
3. Instituir precauções de contacto;
4. Contactar os responsáveis pela higienização da unidade para que iniciem lavagem e desinfeção apropriadas.

D. Das complicações da infeção a *C.difficile* as duas mais comuns são:

1. Morte
2. Colectomia
3. Recidiva
4. Colite pseudomembranosa

E. Quando se planeia a limpeza e desinfeção da unidade do doente com *C.difficile*, é muito importante:

1. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia, o chão, paredes, colchão e mesa de cabeceira;
2. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia mas de preferência uma vez por turno, tudo o que esteja em contacto com o doente
3. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia mas de preferência uma vez por turno, as superfícies de toque frequente.
4. Limpar e desinfetar pelo menos uma vez por dia mas de preferência uma vez por turno, as superfícies de toque frequente e o colchão.

F. Os desinfetantes que são eficazes para o *C.difficile* e devem ser preferidos na desinfeção das superfícies são:

1. Glutaraldeído (Cidex)
2. Álcool a 90º
3. Cloro
4. Clorohexidina

G. Um a três resultados negativos de pesquisa da toxina de *C.difficile*, significa:

1. O doente não tem certamente infeção a *C.difficile*
2. O doente pode ter infeção a *C.difficile*, mas de momento ele não está em fase contagiosa.
3. O doente pode estar infetado a *C.difficile*, há mais de 30% de falsos negativos
4. Deve repetir-se até 6 colheitas e só depois descartar a hipótese

H. Nas precauções de contacto , o equipamento a utilizar no contacto direto com o doente, é:

1. Bata ou avental;
2. Bata ou avental e luvas;
3. Bata ou avental, luvas e máscara ;
4. Bata ou avental, luvas e respirador de partículas ;

I. Em relação às visitas e à utilização de equipamento de proteção individual (escolha a(s) que se aplica(m)):

1. Devem usar porque deste modo ficam protegidas;
2. Não devem usar porque não vão contactar com os outros doentes.
3. Não devem usar porque o seu uso incorreto acarreta mais riscos do que o seu não uso;
4. O seu uso pelos familiares é um fator de stress psicológico principalmente para o idoso que é visitado.

J. O uso de máscara pelos profissionais e visitas:

1. Interfere na comunicação, principalmente no caso da comunicação com pessoas com deficit auditivo;
2. Impede a visualização da mimica facial. Esta é determinante para a decisão de escolher aqueles em quem podemos confiar;
3. Protege o utilizador impedindo-o do ato de roer as unhas e deste modo deve ser sempre usado quando estamos perante uma pessoa com infeção a *C.difficile*;
4. A transmissão desta infeção faz-se por contacto (fecal-oral), pelo que não é necessário o seu uso.

K. Quais os cuidados mais importante que devem ser observados pelas visitas dos doentes com *C.difficile*?

1. Não devem comer durante a visita
2. Devem lavar as mãos com água e sabão depois da visita (antes da visita podem usar o soluto alcoólico)
3. Não devem contactar com os outros doentes ou seus objetos
4. Todas as anteriores.

L. Acerca da infeção a *C.difficile*, escolha a(s) resposta(s) verdadeiras:

1. O *C.difficile* precisa sempre de ser tratado com antibióticos
2. Qualquer antibiótico pode desencadear um episódio de infeção a *C.difficile*
3. Se o doente já voltou há mais de 48h ao seu transito intestinal normal, pode ser libertado do isolamento de contacto e ficar sob vigilância (pode haver recorrência);
4. Os esporos da bactéria podem manter-se viáveis durante vários dias.
5. O uso de medicamentos que aumentam o Ph gástrico, principalmente os inibidores de bomba de prótons, não são fatores de risco para a infeção a *C.difficile*.
6. O transplante fecal tem sido utilizado com êxito nos episódios de recorrência, em vários países do mundo.

Muito obrigada pela sua colaboração. Os espaços em branco podem ser usados para qualquer comentário que queira fazer.

Peço-lhe o favor de colocar as folhas com as respostas na prateleira laranja (plástico) que se encontra na sala de pausa.

A Enf^a estagiária

Teresa Amores

Respostas certas

A – 4 – O *C.difficile* é uma bactéria Gram negativo que produz toxinas.

B – 1,2,4.

C – 3. Todos os outros pontos devem ser contemplados mas as precauções de contacto devem ser instituídas de imediato.

D – 3 e 4. A 1 e a 2 embora possam ser complicações são menos frequentes.

E – 3 – As superfícies de toque frequente, por serem manipuladas pelos profissionais e pelos doentes, podem contaminar as mãos servindo de veículo para a transmissão das bactérias. Como estas produzem esporos que se podem manter por longos períodos no ambiente, é importante a descontaminação daquelas zonas.

F – 3 – O álcool e a clorohexidina não destroem esporos. O glutaraldeído, embora seja esporicida tem uma toxicidade muito elevada e está contraindicado para a desinfecção de superfícies ambientais.

G – 3 – O diagnóstico de infeção a *C.difficile* é essencialmente clínico. Existem muitos resultados falsos negativos.

H – 2 – Não há indicação para o uso de proteção facial.

I – 2,3 e 4.

J – 1,2 e 4

K – 4

L – 2,3, 4 e 6.

APÊNDICE 14
POSTER

Intervenções de Enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infeção a *Clostridium difficile* sujeita a isolamento de contacto

Autores:

Maria Teresa N.L. Amorim da Sousa – Estudante do 3º CME, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, ESEL. Contacto: maria.amo@campus.esel.pt

Tatiana Gomes – Orientadora do Estudo – Professora Doutora da ESEL. Membro da UMICP. tdgomes@esel.pt

Ana Sanches – Enfermeira de referência – Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Introdução

A infeção a *C. difficile* reemergiu nos últimos anos com maiores repercussões a nível da morbilidade e mortalidade¹ principalmente em idosos frágeis institucionalizados. O contacto representa a principal via de transmissão². As indicações relativas ao controlo de infeção como as medidas de isolamento, têm repercussões no bem-estar dos doentes idosos e famílias. A prevenção desta infeção e das suas complicações contribui para uma melhor saúde com repercussões a nível do envelhecimento ativo.

Objetivos

Contribuir para a prevenção da infeção a *C.difficile* e das implicações na pessoa idosa em contexto de internamento promovendo o cuidado de Si³.

Enquadramento

O *C.difficile* é uma bactéria que forma esporos, causa colite pseudomembranosa, provoca diarreia e pode progredir para megacolon tóxico, sepsis e morte.⁴ Idade avançada,^{5,6} hospitalização prolongada e antibioticoterapia prévia^{7,8} são importantes fatores de risco. As recomendações para a prevenção da infeção cruzada, são: diagnóstico precoce, higiene das mãos e isolamento de contacto.⁹ Este dificulta o contacto entre o doente/família e profissionais, essencial para um processo de transição saudável. É necessário sensibilizar os enfermeiros para, a par daquelas medidas, conhecerem as preocupações dos doentes idosos e famílias e interagir em parceria com eles de forma estruturada passando por várias fases: revelar-se, envolver-se, comprometer-se, capacitar/possibilitar e permitir assumir ou assegurar o cuidado de Si.⁴



Excerto de nota de campo de entrevista a idoso isolado na enfermaria com recurso a cortinados

Metodologia – fase de diagnóstico

Metodologia de projeto, com 5 etapas: diagnóstico, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados. Foi feita análise de conteúdo das folhas de colheita de dados e notas de evolução em 14 processos clínicos de idosos com infeção a *C.difficile*, utilizando guia de observação com dimensões e indicadores pré definidos com base na primeira fase do modelo de parceria (identidade, avaliação funcional, contexto de doença e contexto de vida) – revelar-se para conhecer o doente - e observação do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) pela equipa multidisciplinar e das 2 entrevistas informais, com idosos sujeitos a este tipo de isolamento

"Ai não senhora enfermeira... é horrível estar assim sem ver nada, até faz medo, parece que estou numa prisão... abra-os se faz favor, abra-os!"



Resultados

- A informação registada era insuficiente para conhecer o doente, criar ambiente favorável ao envolvimento com o idoso e família como parceiros, e para a deteção precoce dos fatores de risco da infeção. Os indicadores menos registados, a título de exemplo, encontram-se em gráfico de barras.
- Os doentes idosos referiram mal estar quando sujeitos a isolamento
- Foi discutido com os enfermeiros a necessidade de proceder aos respetivos registos; as estratégias usadas no isolamento de contacto e a implicação no bem estar do doente, e os resultados das observações do uso do EPI (gráfico de colunas).
- Foi criado e discutido um fluxograma de actuação visando o diagnóstico precoce da infeção.

Sugestões

Discutir com a restante equipa multiprofissional as estratégias para reduzir o impacto negativo do isolamento nos idosos com infeção e famílias, sem comprometer as práticas de controlo da infeção.

Indicadores menos registados nos processos clínicos (n=14)

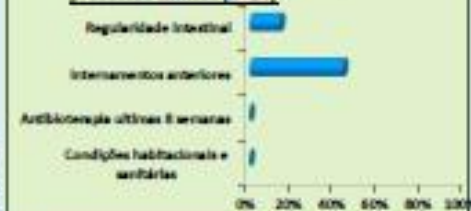


Gráfico - Índice de qualidade no uso de equipamento de proteção, no isolamento de contacto por grupo profissional



Conclusões

Prevenir a infeção por *C difficile* e suas complicações é fundamental para proporcionar um envelhecimento ativo. O isolamento de contacto associado à infeção a *C.difficile*, pode ser uma experiência traumatizante para o doente e família e a equipa de saúde deve desenvolver esforços no sentido de minimizar o impacto negativo respeitando a singularidade da pessoa, a sua autonomia e o seu projeto de vida valores subjacentes ao modelo do cuidado de Si.⁴

1. Saxe, L., Bevilacqua, L., Mahoney, W., & French, D. A. (2012). Mortality in hospital-acquired adults associated with *Clostridium difficile* infection at a tertiary hospital. *Infectious Disease Reports*, 1(2), 10-21.
 2. King, S. N., & Leggett, C. L. (2012). Incidence of *Clostridium difficile* Infection in Patients Receiving Antimicrobial and Anti-Superinfection Therapy. *Pharmaceuticals*, 5(7), 640-654.
 3. Vila-igreja preventing *Clostridium difficile* infections (2012). *MMWR*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(2), 127-130.
 4. Soares, J. (2008). Cuidado de Si – a natureza do paciente entre o enfermeiro e o doente. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Teor de Doutrina médica.
 5. Cohen, S.H., Gerding, D.N., Johnson, S., Kelly, C.P., Loo, V.K., et al (2012). Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults. Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Infection Control and Hospital Epidemiology* 37(2).
 6. Telesmar-Ostrowski, M., Horta-Rêgo, H., Mourão, L., & Pinheiro, E. (2012). Use of proton pump inhibitors and their associated risks among frail elderly nursing home residents. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 24(2), 104-108.

APÊNDICE 15
RELATÓRIO LAR DE IDOSOS

Lar de idosos

Na sequência da visita efetuada à instituição onde fui acompanhada pela encarregada do pessoal auxiliar, e a pedido da Sr.^a Enf^a Chefe Paula Faia, cumpre-me fazer algumas observações no que se refere ao Serviço de Apoio a Dependentes (SAD), já que é aquele onde permanecem idosos mais suscetíveis a infeções.

1. Higienização das mãos

O sabão para a higiene das mãos dos profissionais está colocado em suportes/doseadores que são muito difíceis de descontaminar pelo que não se torna viável a sua descontaminação antes de se proceder ao reenchimento (quando termina o sabão), tal como está indicado.

Comentários/sugestões – O sabão é facilmente contaminável pelo que seria uma boa opção o uso de frascos de uso único com doseador para a higiene das mãos dos profissionais tal como acontece com o soluto alcoólico.

A solução antisséptica de base alcoólica para as mãos está colocada à entrada de todas as salas.

Comentários/sugestões – A colocação da solução alcoólica à entrada das salas é muito positivo, pois estimula a sua utilização a quem circula no corredor, antes de entrar nas salas e à saída. No entanto, sugere-se a sua colocação dentro das salas em locais de fácil acesso a quem presta cuidados (p.ex. a meio da sala) de modo a estimular a sua utilização entre procedimentos e entre utentes. Não devem ser colocadas nos lavatórios. A fricção das mãos com solução alcoólica deve ser o método preferencial de higienização das mãos, quando as mãos não apresentem sujidade visível e não se encontrem contaminadas com fluidos orgânicos. Nestes casos e quando se prestam cuidados a doentes com diarreia, as mãos devem ser lavadas com água e sabão.

2. Sala de SO

Sala com 4 camas muito próximas umas das outras. A primeira cama que está encostada à parede está a cerca de 50 cm da cama ao lado. Apenas a cama que está perto da janela se encontra a uma distância aceitável.

Comentários/sugestões – Esta sala deveria ter apenas 3 camas, já que neste local apenas permanecem idosos em condições de saúde deficitárias e por isso mais suscetíveis a infeções. A proximidade entre as camas favorece a transmissão de microrganismos que são transportados pelas escamas da pele e, no caso de infeções respiratórias virais, pelas gotículas expelidas durante a tosse e que alcançam distâncias de 1 metro. Por este facto a **distância mínima** regulamentar entre as camas deveria ser de 1 metro.

3. Sugestões para a descontaminação das superfícies

Higienização dos quartos (incluindo o SO)

O chão apenas precisa ser lavado com água quente e detergente, não necessitando ser desinfetado, a não ser quando houver derrames de matéria orgânica. Neste caso poderá ser usado uma solução de detergente com propriedades desinfetantes, ou poderá ser desinfetado com desinfetante à base de cloro após a lavagem. Foi já comprovado por vários estudos que o chão, após a desinfeção,, passadas 1 ou 2 horas de utilização, não apresenta diferença de contaminação microbiana do chão que é apenas lavado com água e detergente.

As paredes e tetos necessitam ser mantidos limpos com recurso a detergente e água quente.

Os colchões das camas, quando em uso pela mesma pessoa, apenas necessitam de se manter limpos. No final da utilização (entre utentes) devem ser descontaminados com detergente com propriedades desinfetantes. As grades da cama, por serem superfícies sujeitas a toque frequente, devem ser desinfetadas diariamente de preferência com recurso ao mesmo tipo de produto (detergente e desinfetante).

Os cadeirões, dado que são individualizados, apenas necessitam ser mantidos limpos. Entre utentes devem se descontaminados com um detergente/desinfetante (tal como os colchões das camas e as almofadas).

Zonas comuns

As zonas de circulação apenas necessitam ser mantidas limpas com água quente e detergente. Os corrimãos, por serem muito manipulados devem ser lavados e desinfetados diariamente com recurso a detergente com desinfetante.

Os suportes dos soros, carros de apoio à administração de terapêutica, mesas de apoio ou outro equipamento utilizado no apoio ao tratamento ou higiene dos utentes, tampas dos carros da roupa e outros materiais/equipamentos sujeitos a toque frequente, devem ser descontaminadas diariamente com detergente/desinfetante ou com um detergente e desinfetante em separado (água e detergente e cloro).

Instalações sanitárias

As loiças sanitárias e devem ser lavadas e desinfetadas com desinfetante à base de cloro, assim como os manípulos dos autoclismos e puxadores de portas.

As cadeiras de banho assistido, se não tolerarem desinfetantes à base de cloro devem ser descontaminadas com detergente e desinfetante à base de compostos de amónio quaternário que habitualmente se apresentam sobre a forma de produtos mistos (detergentes e desinfetantes).

O chão deverá ser lavado com água quente e detergente seguido de desinfeção com desinfetante à base de cloro (método preferencial).

Produtos usados na descontaminação das superfícies

Na lavagem: Detergente de uso comum.

Na desinfeção: Para a desinfeção das superfícies deve dar-se preferência a produtos mistos, que além de detergentes são também desinfetantes. Estes desinfetantes podem ser à base de cloro ou à base de compostos de amónio quaternário. Os detergentes/desinfetantes de uso preferencial em locais onde seja frequente a contaminação com fluidos orgânicos (p.ex. WC), são os que contêm cloro. Os mesmos devem ser usados quando existam casos de doentes com diarreia (pode tratar-se de *Clostridium difficile* e o cloro é o desinfetante indicado).

Os detergentes/desinfetantes que contêm compostos de amónio quaternário são adequados para as restantes situações principalmente para desinfetar materiais ou equipamentos que se deteriorem com o cloro (alguns colchões, sofás e alguns plásticos).

O álcool é também, além de antisséptico, um ótimo desinfetante para as superfícies, desde que estas se encontrem **limpas e secas**. Não se deve utilizar em superfícies

contaminadas com *Clostridium difficile*, pois o álcool não é eficaz para os esporos deste microrganismos. Pode ser utilizado para desinfetar bancadas de trabalho, mesas de apoio, aparelhos de medição de glicemia, termómetros axilares, esfigmomanómetros e outros equipamentos que não se deterioreem com o álcool.

4. Descontaminação de ferros cirúrgicos para esterilizar

Os ferros cirúrgicos devem ser lavados com água morna e detergente desincrustante ou enzimático. Depois de diluído, devem ficar imersos durante o tempo indicado pelo fabricante. Se for necessário escovar, a escovagem deve ser feita com o material imerso, com vista a evitar a produção de salpicos. O pessoal que procede à descontaminação deve usar luvas de látex reforçado (luvas de ménage) e avental de uso único. Se o material a descontaminar se encontrar contaminado com fluidos orgânicos, deve ser usada máscara e óculos de proteção. Após a lavagem e secagem o material deve ser empacotado e esterilizado.

Lisboa, 27 de Novembro de 2012

A Enfª Estagiária

Maria Teresa N.L. Amores de Sousa

APÊNDICE 16
PRECAUÇÕES BÁSICAS LAR

PRECAUÇÕES BÁSICAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO



Teresa Amores

TRILHÕES E TRILHÕES EM VOCÊ

Principais regiões do corpo humano onde as bactérias vivem

Boca/nariz
10 bilhões
de bactérias

Pele
1 trilhão
de bactérias

Intestino
100 trilhões
de bactérias

Genitália
(especialmente em
mulheres) varia
muito conforme a
mulher e a parte do
ciclo menstrual, mas
grá em torno da casa
do trilhão.

DENTRO DO SEU CORPO

Para cada célula
do corpo humano
= Existem 50
bactérias

As bactérias que fazem parte
de nós, protegem-nos de
outras bactérias que nos
querem invadir



Total do peso de microrganismos num “adulto médio” = 1,25Kg

Os idosos são mais suscetíveis a infecções pois as defesas
contra as infecções vão diminuindo com a idade.



Os locais onde convivem muitas pessoas (lares e hospitais) são
locais propícios à transmissão das infecções.

2012/2013

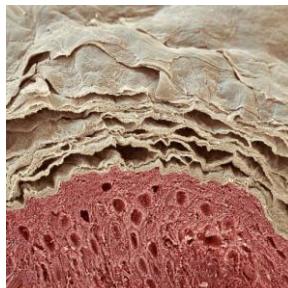
Como é que as infeções se transmitem?

Como é que os microrganismos passam de umas pessoas para as outras ?

VIAS DE TRANSMISSÃO

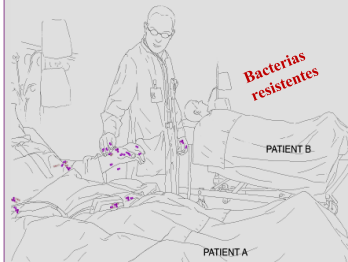


Camada superior da pele, sujeita a descamação



VIAS DE TRANSMISSÃO

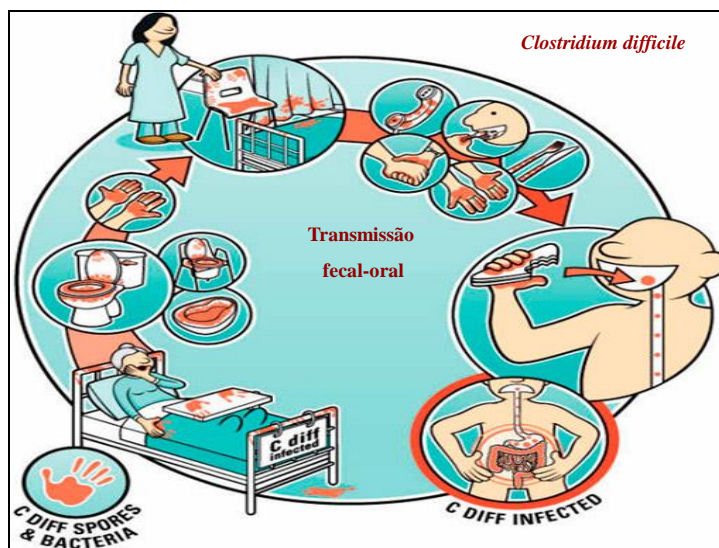
CONTACTO



Os microrganismos estão presentes na pele
A pele descama constantemente e contamina o ambiente (roupa da cama, etc)



A roupa ao ser agitada dispersa os microrganismos, as mãos tocam na cama e na pele e transferem os microrganismos para outro doente



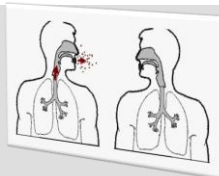
VIAS DE TRANSMISSÃO

GOTÍCULAS
($> 5\mu\text{m}$)

Gripes, infecções respiratórias virais, meningites

CONTACTO DIRECTO (< 1 M)

CONTACTO INDIRECTO (SUPERFÍCIES)




Uso de máscara sempre que precisamos de nos aproximar a menos de 1 metro do doente;

○

Via
aérea

TRANSPORTADAS PELO AR



p.ex. Tuberculose,

Isolamento de Doentes

PRECAUÇÕES BÁSICAS

**O que fazer para evitar a transmissão de umas
pessoas para as outras incluindo nós próprios?**

PRECAUÇÕES BÁSICAS

○

Precauções Básicas

APLICAM-SE A TODOS OS DOENTES
INDEPENDENTEMENTE DO TIPO DE INFECÇÃO

Precauções Básicas

NÃO HÁ DOENTES DE RISCO



PRECAUÇÕES BÁSICAS

HÁ PROCEDIMENTOS DE RISCO



PRECAUÇÕES BÁSICAS

**O SANGUE E FLUIDOS ORGÂNICOS
(excepto suor)
DE QUALQUER DOENTE
SÃO POTENCIALMENTE INFECCIOSOS**

PRECAUÇÕES BÁSICAS

EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO



PRECAUÇÕES BÁSICAS

LUVAS



USAR SEMPRE

Quando se prevê contacto com fluidos orgânicos
Excepto suor

Quando se contacta com pele lesada e mucosas

PRECAUÇÕES BÁSICAS

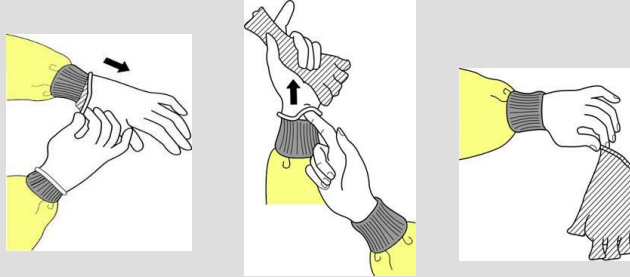
NÃO SÃO 100% PROTECTORAS

- ➔ Perfuração durante a técnica
- ➔ Contaminação das mãos ao descalçar

O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos



LUVAS



Retirada do equipamento

A retirada do equipamento deve ser feita de modo a não contaminar o utilizador



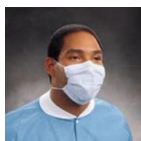
BATAS E AVENTAIS

Durante procedimentos e cuidados a doentes, em que se prevê contacto da roupa ou da pele não protegida, com fluidos orgânicos.

Usar se necessário contacto directo significativo, com o doente ou a sua unidade e descartar de seguida.

PRECAUÇÕES BÁSICAS

MÁSCARAS

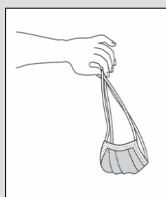


Durante procedimentos em que seja previsível a formação de salpicos ou aerossóis de fluidos orgânicos.
Quando prestamos cuidados a alguém que tem tosse ou tem uma constipação ou gripe
Quando estamos constipados, com tosse ou com gripe.

PRECAUÇÕES BÁSICAS

RETIRAR A MÁSCARA

Cuidado! A zona frontal da máscara está contaminada!!



Retire pegando
elástico



PRECAUÇÕES BÁSICAS

“Etiqueta da
tosse”

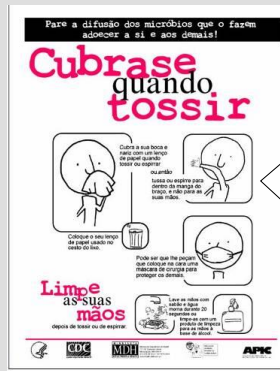


Instrua as pessoas que têm tosse, estão constipados ou com gripe a cobrir a boca e o nariz ao tossir e ao espirrar;

a usar lenços que deverão ser desperdiçados em recipientes não accionáveis manualmente;

a lavar as mãos após ocorrer contaminação com secreções respiratórias;

PRECAUÇÕES BÁSICAS



Outros aspetos importantes a ter em conta

A roupa usada não se deve agitar (as escamas da pele transportam microrganismos).

Deve dar-se muita atenção às zonas de toque frequente, pois são as mais contaminadas e as que representam maior risco de transmissão de microrganismos.



PRECAUÇÕES BÁSICAS



Assim estou protegido...

A higiene das mãos é o gesto mais simples e eficaz de se proteger dos microrganismos.

O espirro



Higiene das mãos

As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de microrganismos



Higiene das mãos

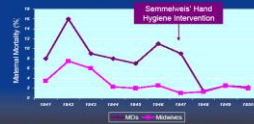


Ignaz Semmelweis
1818-1865



Hand Hygiene: Not a New Concept

Maternal Mortality due to Postpartum Infection
General Hospital, Vienna, Austria, 1841-1850



~ Hand antisepsis reduces the frequency of patient infections ~
Adapted from: Hosp Epidemiol Infect Control, 2nd Edition, 1999.

Higiene das mãos

ACORES.NET - CANALACORES.COM



Um quarto dos portugueses não lava as mãos, diz estudo. Apesar de Portugal não estar bem situado no "ranking", o estudo revela que os alemães e os ingleses ocupam o topo da tabela dos que menos lavam as mãos.



Cerca de um quarto dos portugueses tem fracos cuidados de higiene

Cerca de um quarto da população portuguesa não lava as mãos antes de comer e depois de ir à casa-de-banho ou de contactar com animais.

As conclusões são de estudo internacional apresentado, em Lisboa, no âmbito da Campanha Nacional de Sensibilização para os Cuidados

Básicos de Higiene, promovida pela Direcção-Geral de Saúde e pelo Instituto Egas Moniz. 2007.11.07

O PRIMEIRO DE JANEIRO

Cerca de um quarto dos portugueses não lava as mãos antes de comer e depois de ir à casa de banho ou contactar com animais, segundo um estudo internacional apresentado ontem, juntamente com uma campanha de promoção de higiene.

Diário de Notícias

Cerca de um quarto dos portugueses não lava as mãos antes de comer e depois de ir à casa de banho ou contactar com animais, segundo um estudo internacional apresentado ontem, juntamente com uma campanha de promoção de higiene.

Realizado em onze países, entre eles Portugal, o estudo do Hygiene Council revela que "45% dos portugueses afirmam não lavar as mãos sempre que espirra ou tosse", sendo que um quarto da população portuguesa "não o faz quando contacta com animais, antes das refeições e depois de ir à casa de banho".

A VERDADE

Um quarto dos portugueses não lava as mãos antes de comer e depois de ir à casa de banho. 2007.11.07



FIRST GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE

medidas simples
salvam vidas



Higiene das
mãos uma
Responsabilidade
partilhada

PARA REDUZIR AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

120 países – 87% da população mundial – aderiram já a esta iniciativa



Adesão de Portugal dia 8 de Outubro de 2008



Higiene das mãos

Sabão líquido



- Mãos sujas
- Após uso dos sanitários
- Após contacto com pessoas com diarreia

Lavagem

40 a 60 segundos

Solução alcoólica com emoliente



Fricção

20 a 30 segundos

Solução alcoólica com emoliente



Higiene das mãos

Usar **solução anti-séptica de base alcoólica**



após qualquer contacto com a pessoa infetada ou com a sua unidade quer se usem luvas ou não. Se as mãos tiverem sujidade visível lavar primeiro com água e sabão.

Nos cuidados a **doentes com diarreia** (possibilidade de infeção a *Clostridium difficile*) as mãos **devem ser lavadas** com água e sabão

Isolamento de Doentes

Método standard de fricção de acordo com a EN 1500

1º Passo
Palma com palma



2º Passo
Palma de mão esquerda sobre dorso da mão direita e palma da mão direita sobre dorso da mão esquerda

3º Passo
Palma contra palma com dedos entrelaçados



4º Passo
Dorso dos dedos contra palma oposta com dedos encaixados

5º Passo
Fricção rotacional do polegar direito encaixado na palma esquerda e vice-versa



6º Passo
Fricção rotacional para trás e para a frente com dedos juntos da mão direita sobre a palma esquerda e vice-versa

Higiene das mãos



Higiene das mãos



Higiene das mãos



Uso de Adornos

Zaragatoa de anel



Zaragatoa de relógio de pulso



Obrigado



ANEXO 1
CARTAZ PARA VISITAS

SENHOR VISITANTE

AJUDE-NOS A PREVENIR AS INFEÇÕES

- ❖ Pense na segurança dos doentes antes de visitar alguém no hospital. Se você ou alguém com quem vive, está constipado ou tem diarreia, ou se não se sente bem, tente adiar a visita até que esteja melhor.
- ❖ Lave e seque as mãos antes de entrar na enfermaria. Se estiver disponível uma solução alcoólica para as mãos à entrada da enfermaria ou junto à cama, use-a.



- ❖ Não contacte fisicamente com os outros doentes ou com os seus pertences. Se tiver de o fazer use a solução alcoólica para as mãos antes e depois.
- ❖ Durante a visita no hospital, não se sente nas camas e tente reduzir o número de visitantes em simultâneo.
- ❖ Se as instalações se encontram em más condições de higiene, faça-o saber ao enfermeiro responsável.