



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**Cuidar da Pessoa Idosa com Infecção e Família em
Hospitalização Domiciliar: Uma Intervenção
Especializada.**

João Carlos Florentino Castanheiro



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**Cuidar da Pessoa Idosa com Infeção e Família em
Hospitalização Domiciliar: Uma Intervenção
Especializada.**

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

**Lisboa
2022**

Viver é um processo de trocas sucessivas, é experienciar a constante antítese da perda e do ganho, da destruição e da construção, da tristeza e da felicidade.

Sobreviver é a arte de evitar o sofrimento, a destruição, e o caos, fugindo da experiência, da realização e da felicidade.

Envelhecer é aceitar a inevitabilidade de construir um futuro.

Ficar velho é a opção de esperar que o tempo passe.

Anónimo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos o que nunca desistiram de mim, em especial à Professora Graça Melo, por confiar na minha capacidade quando já nem eu acreditava.

Muito obrigado a todos!

SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA – Estado Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

UN – United Nations

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliar

WHO – World Health Organization

RESUMO

No contexto da pressão crescente colocado pelo contínuo envelhecimento da população e simultaneamente da maximização da eficiência na utilização dos escassos meios disponíveis, a hospitalização domiciliária surge como uma resposta que pretende conjugar estes objetivos e ainda o aumento do bem-estar dos doentes e suas famílias. Esta é definida como um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais assim o permitam. O seu público-alvo centra-se numa população maioritariamente idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas e com diversas patologias.

Com o presente relatório pretende-se evidenciar o percurso realizado durante a implementação do projeto de intervenção “Cuidar a pessoa idosa com infeção e sua família, sujeita a hospitalização domiciliária: uma intervenção de enfermagem especializada”, que teve como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em cuidados centrados na pessoa idosa com infeção e seu cuidador/família; e promover a intervenção diferenciada da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa com infeção e seu cuidador/familiar em contexto de hospitalização domiciliaria.

A implementação do projeto decorreu de 03 a 18 de dezembro de 2020, tendo sido interrompido por suspensão da atividade da unidade onde decorria devido à pandemia da COVID-19 e retomado em maio até 30 de setembro de 2021.

Concluimos que uma verdadeira intervenção a pessoa idosa com infeção e cuidador familiar em contexto de hospitalização domiciliaria, exige um conhecimento específico e adequado às necessidades de ambos. Este conhecimento é fundamental para fazer face à vulnerabilidade acrescida da pessoa idosa a vivenciar um processo de infeção e promover a segurança dos cuidados prestados pelo cuidador familiar, sob a gestão dos cuidados por parte da equipa de enfermagem da unidade de hospitalização domiciliaria.

Palavras-Chave: Pessoa idosa; intervenções de enfermagem; hospitalização domiciliária; precauções baseadas na via de transmissão; infeção;

ABSTRACT

In the context of the growing pressure posed by the continuous aging of the population and simultaneously the maximization of efficiency in the use of the scarce means available, domiciliary hospitalization appears as a response that intends to combine these objectives and also the increase of the well-being of patients and their families. This is defined as a model of hospital care aimed at providing care at home to acute patients, whose biological, psychological and social conditions allow it. Its target audience is focused on a mostly elderly population, with a high prevalence of chronic diseases and various pathologies.

This report intends to highlight the path taken during the implementation of the intervention project "Caring for the elderly person with infection and their family, subject to home hospitalization: a specialized nursing intervention", which had as general objectives: to develop specialist nurse and master in care centered on the elderly person with infection and their caregiver/family; and promote the differentiated intervention of the nursing team in the care of the elderly person with infection and their caregiver/family member in the context of home hospitalization.

The implementation of the project took place from December 03 to 18, 2020, having been interrupted due to the suspension of the activity of the unit where it was taking place, due to the COVID-19 pandemic and resumed in May until September 30, 2021.

We conclude that a real intervention for the elderly person with infection and family caregiver in the context of home hospitalization, requires specific knowledge and adequate to the needs of both. This knowledge is essential to face the increased vulnerability of the elderly person experiencing an infection process and to promote the safety of care provided by the family caregiver, under the care management by the nursing team of the home hospitalization unit.

Keywords: Elderly; nursing intervention; domiciliary hospitalization; transmission based-precautions; infection.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE QUADROS | 9 |
| ÍNDICE DE APÊNDICES..... | 10 |
| INTRODUÇÃO | 11 |
| I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 17 |
| 1.1. Envelhecimento e a suscetibilidade para a infecção..... | 17 |
| 1.2. Cuidar a pessoa idosa no domicílio | 22 |
| 1.3. A intervenção de enfermagem na pessoa idosa com infecção | 28 |
| II. METODOLOGIA..... | 30 |
| III. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS..... | 33 |
| 3.1. Prestar cuidados à pessoa idosa com infecção e cuidador/família..... | 33 |
| 3.2. Formação aos enfermeiros sobre prevenção e controlo de infecção nos cuidados à pessoa idosa no domicílio..... | 46 |
| IV. APRENDIZAGENS REALIZADAS..... | 48 |
| V. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| APÊNDICES..... | 58 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Alterações fisiológicas a nível orgânico relacionadas com o envelhecimento, que aumentam o risco de infeção e afetam a apresentação clínica de síndromes infecciosas | 21 |
|---|----|

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|--|----|
| I. Protocolo de revisão <i>scoping</i> | 57 |
|--|----|

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento está associado a uma variedade de alterações fisiológicas e ao declínio progressivo na capacidade de manutenção da homeostasia interna, que, por sua vez, levam a alterações no funcionamento orgânico, declínio funcional, comorbilidade e fragilidade (WHO, 2015). Estas alterações, principalmente ao seu efeito cumulativo, aumentam a necessidade da pessoa idosa de consumir cuidados de saúde.

Os motivos mais frequentes que levam as pessoas com mais de 65 anos a sair da sua casa e a dirigirem-se ao hospital, nos EUA, são as doenças cardiovasculares (28,6%) e as infeções (16,2%), com a pneumonia e septicémia as duas causas infecciosas mais comuns. Com o envelhecimento, o idoso tem tendência a acumular comorbilidades e algum nível de incapacidade que acaba por o tornar mais vulnerável para eventos adversos, principalmente durante a hospitalização (por exemplo, infeções associadas aos cuidados de saúde e reações medicamentosas adversas) (Mattisson, 2020).

A vulnerabilidade das pessoas idosas em situação de doença aguda deriva por um lado da diminuição da sua capacidade intrínseca associada ao envelhecimento, por outro pela sua maior dependência de fatores extrínsecos (ambiente, meios, apoios) para manter a sua capacidade funcional. Como consequência, pequenos défices na sua capacidade intrínseca, que normalmente a pessoa idosa consegue compensar no seu ambiente através dos recursos presentes, rapidamente se tornam incapacitantes quando é limitado ou interrompido o acesso do idoso ao seu ambiente, como no caso da hospitalização (UN, 2020).

Assim, enquanto a maioria das pessoas mais jovens, após o internamento hospitalar, tem alta de volta para o domicílio, 40% das pessoas com mais de 85 anos de idade tem alta para contextos de internamento de longa duração, uma vez que a sua capacidade para se manterem funcionalmente independentes fica seriamente comprometida (Mattisson, 2020).

Já em 2008 o *Institute of Medicine* dos EUA, através do seu *Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans*, afirma que o envelhecimento e o seu progressivo aumento de cuidados de saúde especializados é um problema a ser respondido. Pode ler-se o seguinte excerto no documento de posição publicado em 2008, “a crise iminente, prevista há décadas, está sobre nós. A nação precisa de agir já, necessita de capacitar os profissionais de saúde para responder às necessidades de cuidados dos idosos”. Esta preocupação acaba por ser elevada a preocupação mundial ao ser introduzida na resolução da assembleia das Nações Unidas (2015), *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, no terceiro objetivo “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, onde está esplanada a necessidade de garantir o acesso a cuidados de saúde adequados às necessidades específicas dos grupos populacionais, sendo uma das especificações a qualificar os recursos humanos para providenciar a resposta adequada em numero e qualificação.

No relatório *World Population Ageing 2019*, as UN (2020), vêm reforçar esta posição para a população idosa através do ponto oito das “Implicações políticas para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável”, onde refere que promover a saúde ao longo da vida e cuidados preventivos para manter a capacidade funcional máxima dos indivíduos pode melhorar a saúde e o bem-estar (remete para o terceiro objetivo da *Agenda for Sustainable Development*). Este ponto aponta-nos para o aspeto de que, à medida que as populações envelhecem, é essencial assegurar o acesso continuado e equitativo a cuidados de saúde preventivos, tratamento e de reabilitação durante todo o ciclo de vida. Neste contexto, o envelhecimento saudável é considerado mais do que a ausência de doença, incluindo também a manutenção funcional do indivíduo. Os sistemas de saúde e de cuidados de longa duração devem estar alinhados para dar resposta às necessidades das populações em processo de envelhecimento disponibilizando cuidados apropriados à faixa etária, focados na manutenção da capacidade intrínseca das pessoas idosas.

No que diz respeito aos cuidados ao idoso, a Enfermagem integra praticamente todas as equipas multi/interdisciplinares e está em quase todos os contextos de cuidados ao idoso. Neste sentido, Grady (2011) apela aos enfermeiros e o corpo

científico da Enfermagem que vinculem seu o papel de líderes nos cuidados ao idoso, e que se dediquem ao estudo e intervenção nas necessidades de cuidados de saúde da população idosa. A autora sugere então que a Enfermagem contribua para os desígnios anteriormente apontados, através da identificação de estratégias que permitam ao idoso viver de forma independente por tanto tempo quanto possível; providenciar cuidados de saúde e educação para a saúde às pessoas idosas de forma a que estas consigam gerir a sua doença crónica da forma mais autónoma possível; assegurar que o idoso recebe cuidados de qualidade nos contextos de cuidados de longa duração; e oferecer suporte e constituir um recurso para as pessoas que cuidarem da pessoa idosa com demência e/ou incapacidade.

Para tal é importante que os enfermeiros se munam de um corpo científico sólido, assente na produção de evidência científica, que sustente uma prática de cuidados baseada na evidência, centrada na pessoa, nas suas necessidades, que promovam a saúde e concorram para a qualidade de vida da pessoa idosa.

É neste sentido que surge a intenção de desenvolver um projeto, onde se possa explorar e desenvolver os cuidados ao idoso no contexto específico da hospitalização domiciliária, relativamente à intervenção específica de enfermagem na promoção da segurança do doente idoso através do controle da infeção.

A hospitalização domiciliária na sua construção conceptual promove a reintegração precoce da pessoa idosa no seu contexto comunitário, de forma que este se possa reenquadrar nos seus recursos e, através do estabelecimento da parceria de cuidados com o cuidador/família, potenciar uma recuperação mais célere. Neste momento, a hospitalização domiciliária tem o potencial de constituir a primeira linha de cuidados hospitalares ao idoso, sem que este nunca chegue a sair do seu domicílio, seja através da referenciação do serviço de urgência, evitando o internamento, ou através da referenciação direta do médico de família.

No entanto esta transição para o contexto domiciliário coloca algumas dificuldades às equipas de enfermagem hospitalares, uma vez que vão ter de adequar o seu enquadramento conceptual e normativo à intervenção na

comunidade. Ou seja, a equipa de enfermagem continuará a prestar cuidados de nível hospitalar, mas no domicílio do doente.

Uma das principais preocupações manifestada pela equipa de enfermagem da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) onde decorreu o estágio estava relacionada com a segurança do doente idoso, principalmente a nível das questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção. Esta preocupação prendia-se com o facto de cerca de 63% dos doentes admitidos na UHD terem mais de 65 anos de idade e destes mais de 90% possuírem um diagnóstico de base relacionado com uma infeção e com necessidade de antibioterapia. Uma vez que grande parte destes diagnósticos são originados por um microrganismo multirresistente, surgem duas questões:

- Como instituir medidas de controlo de infeção baseadas na via de transmissão em contexto domiciliário?
- Que informação transmitir ao cuidador/familiar acerca da prevenção e controlo da infeção em contexto familiar?

Será neste contexto que a dinamização e desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados que possam responder às necessidades específicas das pessoas idosa e da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista, como o profissional que possui um conhecimento desenvolvido e aprofundado num domínio específico de enfermagem, que valoriza, integra e implementa respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que sustenta uma capacidade aumentada de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019). Já no âmbito das competências de mestre, espera-se que o enfermeiro ao se especializar desenvolva: o conhecimento e capacidade de compreensão do fenómeno e contribuía para o seu desenvolvimento com base na investigação; a capacidade de aplicação do seu corpo de conhecimentos, na compreensão e resolução de problemas em situações emergentes em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização; capacidade para desenvolver juízo clínico

esclarecido e refletido tendo em conta implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí possam advir e desenvolver um processo de tomada de decisão sustentado na evidência científica; a sua capacidade de comunicação assegurando a partilha das suas conclusões e metodologias desenvolvidas para as alcançar de forma clara e objetiva; competências que lhe permitam uma atualização autónoma e auto-orientada do seu corpo de conhecimentos no sentido de que a sua intervenção seja sempre sustentada na evidência mais adequada e capaz dos melhores resultados para a pessoa e entidade prestadora de cuidados.

Através da procura do desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem, que no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a oportunidade construir e desenvolver uma intervenção de enfermagem que contribua para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família.

Assim a implementação do projeto teve como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em cuidados centrados na pessoa idosa com infeção e seu cuidador/família; e promover a intervenção diferenciada da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa com infeção e seu cuidador/familiar na UHD.

Com o presente relatório pretende-se evidenciar o percurso realizado durante a implementação do projeto de intervenção “Cuidar a pessoa idosa com infeção e sua família, sujeita a hospitalização domiciliária: uma intervenção de enfermagem especializada”, durante o estágio que decorreu de 03 a 18 de dezembro de 2020, tendo sido interrompido por suspensão da atividade da UHD devido à pandemia da COVID-19 e retomado em maio até 30 de setembro de 2021.

O relatório está estruturado da seguinte forma: primeiramente pelo enquadramento teórico abordando a temática do envelhecimento e da infeção e sua prevenção e controlo na pessoa idosa internada na UHD, procurando evidenciar-se a intervenção do enfermeiro especialista neste âmbito. De

seguida, enuncia-se o quadro de referência em que se baseou a intervenção, ou seja, o Cuidado Centrado na Pessoa, o diagnóstico de situação, a descrição da finalidade, os objetivos e planeamento de atividades do projeto. Por último, relata-se a execução das atividades e análise dos seus resultados e finaliza-se com algumas considerações finais e uma reflexão sobre os contributos para a prática clínica, bem como os aspetos positivos e negativos encontrados no decorrer deste percurso.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento e a suscetibilidade para a infeção

De acordo com o *World Population Ageing 2019* (UN, 2020), o envelhecimento populacional é demonstrativo do sucesso da humanidade, refletindo o desenvolvimento económico e social, da saúde pública, da medicina, e seus contributos para o controle de doenças, prevenção de lesões e redução do risco de morte prematura. No entanto, o crescente aumento da longevidade humana e a concomitante redução nos níveis de fecundidade, confrontam-nos com uma mudança na distribuição etária da população de idades mais jovens para as mais velhas.

Globalmente, o número de pessoas com sessenta e cinco anos ou mais irá duplicar de cerca de setecentos e três milhões de pessoas em 2019 para cerca de mil milhões e meio em 2050. No entanto, este aumento não se verifica apenas em números brutos, sendo que em 2019, a percentagem da população mundial com 65 anos ou mais era de 9,1% prevendo-se um aumento para 15,9% em 2050. Estes valores traduzem-se num índice de envelhecimento crescente na população mundial, mas em especial em alguns países, nomeadamente os países do sul da Europa, entre os quais podemos encontrar Portugal (UN, 2020).

De acordo com a projeção do INE (2020), entre 2018 e 2080, Portugal perderá população, passando dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. No entanto, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, pelo que o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Este aumento da população idosa será acompanhado por uma diminuição da população em idade ativa (15 a 64 anos) de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas, levando a que o índice de sustentabilidade potencial (quociente entre o número de pessoas com idades dos 15 aos 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos) diminua de forma acentuada, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa. Este índice poderá passar de 259 para 138 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2018 e 2080.

Muito para além de um fenómeno demográfico, o envelhecimento humano é um processo individual intrinsecamente ligado à idade, mas não definido por ela. Apesar de na demografia ser necessário balizar grupos etários baseados numa unidade de medida temporal, o desenvolvimento humano e o envelhecimento são conceitos multidimensionais, cujas dimensões e significados ultrapassam as barreiras impostas pela unidade de medida temporal que é a idade cronológica. (OMS, 2005). Assim, pode afirmar-se que a idade cronológica não define o envelhecimento individual da pessoa, mas, em termos estatísticos, podemos considerar que certas alterações que acompanham o envelhecimento são mais frequentes numa determinada faixa etária. Deste conceito emerge a definição da pessoa idosa da OMS (2005) como sendo pessoas com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento.

No entanto, para diversos autores o envelhecimento é muito mais que a mera passagem do tempo. De acordo com Fontaine (2000), as pessoas idosas envelhecem de formas e em ritmos diferentes, sendo que existem três tipos de idades:

- a **idade biológica** baseada no envelhecimento orgânico, que assenta nas transformações acumuladas pelos sistemas orgânicos, que levam à diminuição da sua capacidade funcional, e conseqüentemente ao compromisso da sua capacidade de autorregulação. Este processo do envelhecimento não é uniforme, sendo que, cada parte do organismo envelhece a ritmos diferentes;
- a **idade psicológica**, que se refere às competências comportamentais acumuladas ao longo da vida, que a pessoa idosa pode alterar em função das alterações ambientais. Este conceito reflete ainda a inteligência, a memória e a motivação pessoal.
- a **idade social**, definida pelo modo como a pessoa idosa se relaciona com a família, pares e restante comunidade em que está inserida, sendo definida pelos papéis que assume, as suas rotinas e o seu estatuto. Neste contexto é importante referir a importância da qualidade do seu relacionamento com o outro, uma vez que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo que rodeadas dos seus familiares ou outras pessoas. Para além deste facto, é também importante referir

que a forma como a comunidade/sociedade se relaciona com a pessoa idosa também é estruturante, uma vez que o facto de a pessoa idosa não contribuir produtivamente pode levar a que seja tratada de forma diferente, o que afeta a sua integração social podendo levar à sua marginalização.

Podemos então considerar que o envelhecimento terá na sua base estas três dimensões, a biológica, a psicológica e a social, que poderão ser analisadas de forma independente, mas qualquer tipo de intervenção terá de ter em conta que são interdependentes afetando-se mutuamente (Cancela, 2007).

Centrando-nos mais na dimensão biológica, subjacente à temática em desenvolvimento, podemos afirmar que o envelhecimento humano é então um fenómeno irreversível que leva a várias modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade e para a incidência de processos patológicos no corpo humano (Goes et al., 2020).

O envelhecimento em si não é uma doença, no entanto, à medida que o tempo passa, a acumulação de modificações fisiológicas pode levar à instalação de múltiplas condições clínicas que degradam a saúde da pessoa idosa e diminuem a sua reserva funcional, comprometendo a capacidade de resistir à doença e de recuperar da mesma (El Chakhtoura, Bonomo & Jump, 2017).

Segundo o mesmo autor, as principais alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento são as alterações a nível do sistema imunitário e da fisiologia dos órgãos. A imunosenescência descrita por Gavazzi e Krause (2002) como uma disfunção do sistema imunológico relacionada com a idade onde embora o número de células do sistema imunitário não diminua com o envelhecimento, a evidência científica demonstra que há um declínio funcional da imunidade inata e da adaptativa, englobando também a imunidade humoral e a mediada por células. (El Chakhtoura, Bonomo & Jump, 2017). Paralelamente as alterações da imunidade inata são acompanhadas por um aumento de produção de um conjunto de citocinas pro-inflamatórias que resulta na intensificação gradual de um estado inflamatório crónico nas pessoas idosas que contribui para o desenvolvimento de infeções, bem como de outras patologias, como por

exemplo aterosclerose, artrite, diabetes *mellitus*, etc (El Chakhtoura, Bonomo & Jump, 2017). Como consequência do declínio da imunidade inata e adaptativa, a incidência de infecções severas na pessoa idosa é superior e o efeito protetor obtido pela vacinação é inferior.

Para além da imunosenescência, o envelhecimento também causa alterações fisiológicas que afetam quase todos os sistemas orgânicos, independentemente de existirem comorbidades ou doença. Este processo resulta da acumulação ao longo da vida de danos a nível molecular ou celular causado por um conjunto de mecanismos regulado por um complexo sistema de manutenção e regulação.

As alterações orgânicas relacionadas com o envelhecimento (Quadro 1) incluem transformações estruturais, alterações anatómicas, diminuição da função em múltiplos sistemas fisiológicos e diminuição da capacidade de comunicação entre sistemas. Esta miríade de alterações fisiológicas resulta na progressiva desregulação da homeostasia e contribuem para a vulnerabilidade da pessoa idosa para a infeção (El Chakhtoura, Bonomo & Jump, 2017).

Segundo Yoshikawa (2000), na pessoa idosa a infeção apresenta uma menor expressividade clínica e tem tendência a desenvolver-se de forma atípica, com uma sintomatologia mais latente comparativamente às pessoas mais jovens. A febre, o sintoma clássico associado à infeção, pode não existir ou ser pouco perceptível nas pessoas idosas devido a alterações no mecanismo de termorregulação. Outros sintomas norteadores para detetar a presença de infeção podem não se apresentar ou podem fazê-lo de forma atípica e mal definida (dor, expetoração, disúria) ou se manifeste apenas como uma deterioração funcional ou psicológica ou pelo desenvolvimento de um síndrome geriátrico (imobilidade, quedas, incontinência urinária, confusão), podendo erroneamente considerar-se relacionados com o próprio processo de envelhecimento.

| Quadro 1 – Alterações fisiológicas a nível orgânico relacionadas com o envelhecimento, que aumentam o risco de infeção e afetam a apresentação clínica de síndromes infecciosas | |
|---|---|
| Sistema Orgânico | Alterações fisiológicas |
| Urinário | <p>Alterações mecânicas: redução da capacidade da bexiga; desinibição das contrações; diminuição do fluxo urinário; e volume residual pós esvaziamento aumentado.</p> <p>Alterações uroteliais: aumento da aderência bacteriana; prolapso da bexiga na mulher e a doenças prostática no homem aumentam a estase urinaria.</p> <p>Diminuição do estrogénio nas mulheres pós-menopáusicas</p> |
| Pulmonar | <p>Compromisso do reflexo de tosse e outros reflexos que protegem a via junções aérea.</p> <p>Diminuição da atividade mucociliar, elasticidade pulmonar, <i>compliance</i> torácica e diminuição da força da musculatura respiratória.</p> <p>Diminuição de imunoglobulina nas secreções respiratórias.</p> |
| Pele e tecidos moles | <p>Perda de tecido subcutâneo</p> <p>Perda de colagénio da derme e diminuição da capacidade de cicatrização</p> <p>Redução do calibre dos vasos sanguíneos na derme dificulta a entrega de células do sistema imunitário</p> <p>Pele seca resultado da diminuição da capacidade de fixação de água na sua camada córnea.</p> <p>Achatamento da junção dermo-epidérmica e redução da adesão da derme à epiderme.</p> |
| Gastrointestinal | <p>Diminuição da produção de saliva e alteração das proteínas antimicrobianas da saliva.</p> <p>Diminuição do tónus muscular da língua e reflexo de deglutição mais demorado.</p> <p>Diminuição da acidez gástrica (atrofia da mucosa gástrica, uso de inibidores da bomba de prótons, cirurgia).</p> <p>Diminuição da motilidade intestinal.</p> <p>Alterações da flora intestinal residente (diminuição das bifidobactérias protetoras e dos anaeróbios, aumento das <i>Enterobacteriaceae</i>).</p> <p>Recuperação do microbioma intestinal lentificada, após uso de antimicrobianos</p> |
| Sistema Nervoso Central | <p>Alterações estruturais e funcionais das microglias (células do sistema imunitário residentes no sistema nervoso central, equivalentes aos macrófagos).</p> |
| Sistema Endócrino | <p>Aumento gradual no aumento da secreção de cortisol e aumento do catabolismo resultando em anorexia, perda de peso, redução no gasto de energia e diminuição da massa muscular.</p> |
| Sistema musculoesquelético | <p>Sarcopenia (perda de massa óssea, maioritariamente induzida por catabolismo, após episódios de doença aguda) leva a diminuição da força e da funcionalidade</p> |

1.2. Cuidar a pessoa idosa no domicílio

Como já foi referido, um dos principais problemas que o envelhecimento coloca ao sistema de saúde é a crescente longevidade das pessoas idosas acompanhada por uma elevada prevalência de doenças crónicas e suas complicações, tais como as sequelas de acidentes vasculares cerebrais, fraturas após quedas, limitações provocadas por doenças cardiovasculares e doenças pulmonares obstrutivas crónicas, dependência aumentada pela doença mental, principalmente pela demência, pela diabetes ou doenças terminais. Todas estas condicionantes da saúde concorrem para a diminuição da funcionalidade do idoso e o aumento da sua dependência de terceiros e dos cuidados de saúde, o que condiciona em larga escala a sua qualidade de vida. Para estas situações, na sua fase aguda, a opção assistencial do sistema de saúde, continua a ser a hospitalização.

Hospitalizar uma pessoa idosa pode não ser a melhor decisão. Por um lado, o idoso com necessidade de cuidados de saúde de nível hospitalar será uma pessoa que, provavelmente, estará a viver um envelhecimento patológico, caracterizado pelas alterações da resposta do sistema imunitário (a imunosenescência), transtornos das barreiras mucocutâneas, comorbilidades, síndrome geriátricas, polimedicação, etc. Por outro lado, com a hospitalização, o idoso será exposto a um ambiente estranho, com rotinas diferentes, hiperestimulante, rico em fómites e reservatórios vivos de bactérias de elevada resistência a antibióticos, bem como poderá ser sujeito a um conjunto de procedimentos terapêuticos e/ou invasivos que aumentam o potencial de exposição a agentes patogénicos presentes no local de prestação de cuidados (Goes et al., 2020).

Deste modo temos de considerar que a hospitalização, para além do risco intrínseco inerente, expõe a pessoa idosa a um conjunto de riscos extrínsecos associados aos cuidados de saúde, que a coloca numa situação de vulnerabilidade para os efeitos adversos de um internamento hospitalar convencional, como por exemplo: a perda de funcionalidade, o aparecimento da síndrome confusional agudo e das infeções associadas aos cuidados de saúde, entre outras (Nunes et al., 2017).

Face a este cenário foram desenvolvidas alternativas ao internamente hospitalar convencional, que tem como objetivo prestar cuidados de nível hospitalar, mas num ambiente mais seguro para as pessoas idosas. É neste sentido que, na atualidade, existe a possibilidade de hospitalar uma pessoa no seu domicílio. Esta modalidade assistencial é denominada hospitalização domiciliária, podendo ser conhecida internacionalmente como “hospital at home”, “hospital in the home” ou “home care services” (Leff et al., 2006).

Segundo Harris et al. (2005) esta modalidade de cuidados hospitalares não é recente, terá sido criada em 1947 em Nova York, como uma extensão do hospital no domicílio do doente que tinha como objetivo descongestionar as enfermarias hospitalares e proporcionar aos doentes um ambiente mais humano e mais favorável à sua recuperação. Desde então este modelo de cuidados tem sido alvo de experiência por todo o mundo, atingindo diferentes níveis de maturidade organizacional. Na Europa esta modalidade de cuidados hospitalares é mais recente, mas neste momento já se encontra disseminada por diversos países. Só mais recentemente terá chegado a Portugal, com uma experiência piloto no Hospital Garcia de Orta e posteriormente disseminada por todo o Serviço Nacional de Saúde em 2018 (DGS, 2018).

A hospitalização domiciliária é definida como uma alternativa assistencial capaz de proporcionar no domicílio, a determinados doentes, níveis de diagnóstico, cuidados e tratamentos similares aos desenvolvidos num hospital. Outra definição aponta-a como uma alternativa assistencial onde o utilizador recebe os mesmos cuidados que receberia no hospital, tanto em qualidade, como em quantidade, sem os quais seria necessária à sua permanência no hospital. Esta conceptualização não é de todo correta, visto que nesta modalidade assistencial a intensidade dos cuidados depende exclusivamente do estado clínico do doente, que habitualmente só exige uma visita ao domicílio e excecionalmente mais de uma observação habitual por dia, tendo em conta a atual tecnologia disponível para prestação de cuidados.

Segundo a revisão sistemática da literatura elaborada por Shepperd et al. (2008), a hospitalização domiciliária apresenta como vantagens:

- Para o Hospital: diminui os custos, racionaliza os recursos, diminui o período de internamento, aumenta a satisfação do utilizador e promove a continuidade dos cuidados para a comunidade;
- Para a família: permite uma participação mais ativa, uma melhor organização da rotina familiar diária, mais informação do processo de hospitalização, acompanhamento mais direto do seu familiar doente e melhor qualidade de vida familiar;
- Para o doente: uma maior satisfação para com os cuidados recebidos em casa ao contrário dos recebidos no hospital, maior bem-estar psicológico, menor deterioração nutricional, descanso mais reconfortante e recuperador, maior participação na sua recuperação, cuidados mais personalizados e menor risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Neste novo conceito de internamento é importante que a disciplina de enfermagem se estruture teoricamente de forma a desenvolver cuidados hospitalares adequados e relevantes para a pessoa idosa que se encontra junto da sua família no seu domicílio.

Os cuidados domiciliários não são novos para a enfermagem, muito pelo contrário, é um contexto de cuidados extensamente desenvolvido pela disciplina de enfermagem, no entanto, a situação de saúde vivida pela pessoa, é uma situação aguda, que normalmente seria cuidada em ambiente hospitalar.

Esta é uma situação de cuidados domiciliários altamente tecnológicos, que exigem da equipa de saúde um conjunto de competências específicas. Na prática, os cuidados a aplicar no domicílio pela equipa da hospitalização domiciliária serão uma sinergia entre cuidados hospitalares e cuidados comunitários, ou seja, serão ambos e ao mesmo tempo não serão nenhum dos dois. Podemos afirmar que estamos perante uma nova forma de cuidar, assente num profissional de enfermagem que terá de ser perito em cuidados hospitalares, com um conhecimento extenso do que é trabalhar na comunidade e aberto a um campo tecnológico novo, onde a telemonitorização, os sistemas de administração de terapêutica endovenosa semiautónomos e uma vincada perceção da segurança da pessoa cuidada e da sua família são indispensáveis.

Por outro lado, cuidar da pessoa/família no seu domicílio, no seu ambiente, exige do profissional de enfermagem um respeito à autodeterminação, individualidade e vontade das pessoas alvo de cuidados, que, na maioria das vezes, não está patente no internamento convencional, onde a pessoa se encontra num ambiente que não é o seu e que não controla, onde necessita da aprovação de terceiros para fazer as mais pequenas coisas.

Assim nos cuidados prestados pela hospitalização domiciliária à pessoa idosa e sua família no domicílio será importante implementar um modelo de cuidados que coloque a pessoa/família no centro dos cuidados e que valorize o profissional e as suas competências dirigidas para o contexto e alvo dos cuidados.

Neste sentido MacCormack e MacCance (2006) desenvolveram o “*the person centred nursing framework*” que dá resposta às necessidades evidenciadas anteriormente e para além disso contribui para que a enfermagem acompanhe a mudança de paradigma dos sistemas de saúde, onde o utente começa a ocupar um papel mais central. O modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance (2006) promove a abordagem da pessoa de uma forma holística, onde o enfermeiro coloca a pessoa no centro da sua intervenção, promovendo a sua participação na formulação dos cuidados. Esta participação da pessoa é suportada pela partilha de informação baseada na melhor evidência, capacitação da pessoa para a tomada de decisão, negociação dos cuidados com base no potencial de execução e nos recursos do doente. Neste modelo são valorizados quatro domínios: os pré-requisitos - o próprio enfermeiro para além do seu papel no processo de cuidados é valorizado pelos seus atributos tanto pessoais (autoconhecimento, clareza de crenças e valores) como profissionais (competências profissionais e habilidades interpessoais); o ambiente de cuidados – que compreende o contexto onde são prestados os cuidados; os processos centrados na pessoa – que envolvem o as crenças e valores da pessoa idosa, motivam a sua participação na decisão e negociação dos cuidados; e os resultados – que incluem a satisfação da pessoa idosa com os cuidados, os seu envolvimento nos cuidados, a manutenção de uma sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico onde a tomada de decisão é construída em conjunto.

Pode-se então afirmar, tal como nos sugere Martinez (2015), que o cuidado centrado na pessoa aplicado à relação terapêutica coloca a pessoa no epicentro dos cuidados, valorizando a sua competência, promovendo a sua capacidade, o que contribui para a manutenção da autonomia, autoestima e independência na satisfação das suas necessidades. Esta abordagem holística dos cuidados promove uma relação de confiança, em que a cooperação e o apoio mútuo no desenvolvimento dos cuidados assumem um lugar central na relação terapêutica com ganhos significativos nos aspetos físicos, sociais e emocionais da vida da pessoa idosa.

De acordo com a norma nº 020/2018 de 20/12/2018 da DGS, para que a pessoa idosa possa ser admitida num programa de hospitalização domiciliaria terá de reunir um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos, mas principalmente terá de ser garantida a “existência de um cuidador (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária)”. Uma vez que um dos critérios clínicos é o facto da pessoa idosa estar em “situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada)”, o mais provável é que a sua autonomia esteja comprometida, nem que seja de forma temporária.

Assim em contexto de hospitalização domiciliaria podemos esperar que a maioria das vezes cuidar da pessoa idosa envolverá um segundo ator, o seu cuidador, que normalmente emerge seu seio familiar. De acordo com Anderson et al. (1995), será designado por cuidador familiar ou cuidador informal, uma vez que assumem os cuidados ou a sua supervisão, bem como a resposta às necessidades humanas básicas dos seus familiares/amigos com limitações.

Tanto a pessoa idosa como o seu cuidador vivem esta transição em conjunto, cada um com a sua identidade, as suas habilidades e a definição dos seus papéis e suas tarefas (Shumacher, 1995).

Na aquisição do seu papel o cuidador vai desenvolver múltiplas tarefas diretamente relacionadas com as necessidades da pessoa idosa. Na maioria das vezes o cuidador familiar vai conjugar o papel que já exerce no seio familiar com as novas tarefas, desconhecidas, imprevisíveis, que exigem dispêndio de tempo e energia, por um período com uma duração imprevisível (Brito, 2002). Esta transição poderá desencadear sentimentos como o medo, a culpa, a incerteza,

responsabilidade pela situação em que se encontra a pessoa idosa, sensação de descontrolo, angústia e tristeza, o que compromete gravemente o seu bem-estar (Imaginário, 2004). No entanto, quando a transição do papel é realizada de forma estruturada os descobrem de novas potencialidades, tais como uma nova sensação de relevância e utilidade, novo sentido na vida, reconhecimento social, recompensa espiritual, amor e um novo afeto pela pessoa cuidada (Laham, 2003).

Mas, nem sempre o cuidador consegue desenvolver estratégias que o ajudem a ultrapassar os obstáculos, seja por incapacidade sua ou situação vivenciada. A transição para o papel de cuidador é uma situação complexa que exige não só aprendizagem de conhecimentos, mas também aquisição de novas competências. Urge a necessidade não só de munir o cuidador de conhecimentos suficientes para lidar com a situação do doente, mas também ajudá-lo a preservar o seu bem-estar (Martins, 2006). Para isso é imprescindível que o cuidador se encontre bem com ele próprio, pois, o seu bem-estar e satisfação repercutem-se na pessoa que depende de si, bem como, no sucesso dos cuidados que presta (Martins, 2006).

Assim, tanto pelas suas necessidades, como pela importância do seu papel na prestação de cuidados à pessoa idosa, os cuidadores familiares devem ganhar uma nova relevância nos cuidados de enfermagem (Laham, 2003). Apesar do seu papel central no processo de cuidados e resposta às necessidades do familiar dependente, os cuidadores são preteridos pelos enfermeiros para um segundo plano em relação à pessoa idosa doente, sendo considerados um recurso para a prestação de cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, é urgente que o cuidador familiar veja o seu estatuto reconhecido e seja alvo da intervenção de enfermagem através de intervenções que dotem o familiar cuidador de conhecimentos, desenvolvam as suas capacidades para o exercício do seu papel, mantendo a sua integridade física e emocional, e que contribuam para o seu bem-estar e manutenção da qualidade de cuidados que presta. Deste modo, é imprescindível contribuir para o bem-estar dos cuidadores, não só por eles, mas também pela pessoa que cuidam e pela sua família (Martins, 2006).

1.3. A intervenção de enfermagem na pessoa idosa com infeção

Como já foi estabelecido anteriormente a pessoa idosa é especialmente vulnerável à infeção, o que por sua vez constitui um fator de exacerbação ou de aceleração processos patológicos subclínicos ou crónicos que podem levar a condições como a doença cardiovascular ou demência, pronunciando o declínio da saúde, capacidade funcional e qualidade de vida do idoso (Bowdish & Kline, 2016).

Sendo a hospitalização domiciliária a resposta de cuidados hospitalares preferencial para a pessoa idosa e considerando que o seu modelo de funcionamento é baseado numa intervenção multidisciplinar assente em cuidados de enfermagem prestados em contexto domiciliário, percebemos que a equipa de enfermagem terá um papel preponderante na implementação e dinamização das medidas de prevenção e controlo de infeção. Neste sentido, o enfermeiro será responsável pela estruturação de cuidados que mobilizem a evidência científica, o contexto normativo formulado pela DGS e, senão o mais importante, a díade doente/cuidador inserida no seu ambiente familiar.

Como formas de prevenção e controlo do risco de infeção foram desenvolvidas duas estratégias primárias as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) que têm como objetivo proteger os profissionais de saúde e utentes de potenciais infeções procurando responder ao direito do utente a cuidados de saúde de excelência.

De acordo com a norma número 29/2012 atualizada a 31/10/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS), as PBCI são medidas universais e fundamentais para reduzir a propagação da infeção, nomeadamente em contexto hospitalar. As PBCI são constituídas por dez critérios de suporte: a colocação de doentes; a higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Enquanto, por um lado as PBCI se destinam a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, por outro, existe evidência que para determinadas infeções por microrganismos, principalmente os multirresistentes, estão indicadas medidas adicionais como as precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) - (contacto, aérea e gotículas). As PBVT estão então relacionadas com a necessidade de bloquear uma via de transmissão específica através do isolamento dos doentes infetados (DGS, 2018).

Sendo a infeção uma entidade clínica com uma apresentação tão heterogénea na pessoa idosa, a enfermeira deve ter em conta na sua atuação, para além da prevenção e controlo, a vigilância de sinais e sintomas sugestivos da presença da infeção, bem como a educação da pessoa idosa e da família na colaboração deste processo.

II. METODOLOGIA

O presente relatório resultou da aplicação da metodologia de projeto, implementado num contexto clínico específico com o objetivo de intervir numa problemática previamente identificada. Através da abordagem da problemática e das intervenções desenvolvidas pretendeu-se desenvolver capacidades e competências diferenciadas e especializadas na intervenção junto da pessoa idosa. Esta metodologia compreende 5 etapas de desenvolvimento: diagnóstico da situação; definição dos objetivos; planeamento; execução; e avaliação e divulgação dos resultados, a qual se fará através de um relatório (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O projeto foi desenvolvido no decorrer da disciplina Opção II, tendo sido realizadas incursões no contexto de estágio de forma a vivenciar a sua atividade e a identificar uma problemática associada aos cuidados. De seguida, o projeto foi implementado no campo de estágio, num serviço de Hospitalização Domiciliar de um Centro Hospitalar da Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A seleção do local de estágio teve como principal critério a prestação de cuidados inovadores à pessoa idosa e sua família, tendo como objetivo a participação numa experiência que possa contribuir para a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio mesmo quando necessita de cuidados hospitalares. Neste sentido procurou-se desenvolver uma intervenção prática baseada na evidência científica mais atual, sendo que no decorrer da implementação do projeto foi elaborada uma revisão *scoping* que teve como objetivo o mapeamento da evidência científica disponível sobre a aplicação dos princípios normalizados da prevenção e controlo de infeção numa situação de cuidados à pessoa idosa e família em contexto domiciliário. O protocolo da revisão *scoping* realizada se encontra em anexo (Apêndice 1)

O diagnóstico de situação foi elaborado no decorrer das visitas ao campo de estágio, onde se teve a oportunidade de acompanhar a atividade da Unidade através da observação de cuidados, acompanhar a realização de registos e da consulta de documentos institucionais. Nesta altura verificou-se que a UHD na

sua construção conceptual promove a reintegração precoce ou evita a saída da pessoa idosa no seu contexto comunitário, de forma que este possa recorrer aos seus recursos e, através do estabelecimento da parceria de cuidados com o cuidador/família, potenciar uma recuperação mais célere.

No entanto esta mudança de contexto coloca algumas dificuldades às equipas de enfermagem hospitalares, uma vez que vão ter de adequar o enquadramento conceptual e normativo na intervenção na comunidade. Ou seja, a equipa de enfermagem continuará a prestar cuidados de nível hospitalar, mas na casa do doente.

Uma das principais preocupações manifestada pela equipa da UHD foi a segurança do doente idoso, principalmente a nível das questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção. Esta preocupação prendeu-se com o facto de cerca de 63% dos doentes admitidos na UHD terem mais de 65 anos de idade e destes mais de 90% possuírem um diagnóstico de base relacionado com uma infeção e com necessidade de antibioterapia, alguma de longa duração devido a infeções multirresistentes associadas aos cuidados de saúde.

Em relação ao planeamento, foi desenvolvido um plano que tinha como objetivo responder à problemática identificada e de promover as competências avançadas de especialista e mestre. Foram delineadas intervenções focadas na melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa de hospitalização domiciliar, tendo como foco principal a pessoa idosa e sua família, principalmente o seu cuidador.

Por fim, no que se refere à quinta etapa, a divulgação de resultados, foi realizado o presente relatório, de forma a demonstrar a pertinência do projeto, através do relato do percurso realizado, exposição das atividades desenvolvidas e das aprendizagens adquiridas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De referir que, a realização do estágio foi condicionada por diversas questões relacionadas com a pandemia tendo-se realizado em dois momentos, um primeiro de curta duração no final do ano 2020 e depois de maio a setembro de 2021. Também devido aos aspetos ligados com a pandemia, o projeto de estágio inicial foi adaptado às necessidades de intervenção identificadas durante o período de estágio.

III. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS

3.1. Prestar cuidados à pessoa idosa com infecção e cuidador/família

No decorrer do período de estágio, procurou-se que a prestação de cuidados englobasse todos os momentos do percurso da pessoa idosa a internar e/ou internada na UHD. Para além da prestação de cuidados à pessoa idosa, houve ainda a oportunidade de prestar cuidados a pessoas adultas das diferentes faixas etárias, o que permitiu vivenciar e identificar as principais diferenças entre as necessidades de cuidados entre a pessoa adulta e a pessoa idosa em contexto de Hospitalização domiciliária. Pude constatar que a principal diferença é o nível de envolvimento e de responsabilização do cuidador, que em grande parte das situações assumiu um papel de “substituição”.

A UHD angaria os seus doentes através das referenciações internas dos diferentes serviços do Centro Hospitalar, sejam elas médicas, de enfermagem ou de outros profissionais intervenientes no processo terapêutico do doente. Durante o desenvolvimento do estágio também foi dado início à possibilidade de referenciação externa pretendendo-se que a longo prazo, principalmente a pessoa idosa, possa ser referenciada diretamente à UHD pelo médico assistente evitando sempre que possível a sua vinda ao serviço de urgência ou o seu internamento. Esta última possibilidade com a pandemia da COVID-19, foi suspensa privilegiando-se a admissão de pessoas dos serviços de urgência e dos internamentos de forma a contribuir para o descongestionamento das unidades hospitalares.

Apesar da avaliação e de internamento do doente ser tradicionalmente um processo médico, na hospitalização domiciliária, dada a complexidade que os cuidados assumem no domicílio, este processo exige uma complementaridade interdisciplinar significativa. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel diferenciado onde a avaliação do doente/cuidador/família, a avaliação da sua capacidade de cuidar e avaliação das condições de habitabilidade assumem um papel equiparado à avaliação clínica do doente e da sua possibilidade de ser tratado no domicílio.

Neste sentido, o enfermeiro da UHD assume um papel importante no processo de avaliação inicial do doente e na decisão de admissão do doente na unidade. Deste modo o processo de admissão do doente na UHD é um processo interdisciplinar onde a equipa se articula e interage de forma que:

- A equipa médica:
 - realize uma avaliação clínica do estado de saúde da pessoa,
 - verifique se o diagnóstico principal está definido e fundamentado,
 - planifique e sua intervenção terapêutica
 - confirme se a intervenção planeada é passível de ser desenvolvida com os recursos humanos, técnicos e tecnológicos disponíveis à unidade,
 - verifique que a pessoa cumpre os critérios clínicos de admissão na unidade.
 - explique no que consiste o internamento domiciliário e os seus requisitos,
 - obtenha o consentimento informado para o internamento domiciliário.

- A equipa de Enfermagem:
 - realize uma avaliação da necessidade de cuidados da pessoa idosa, do seu cuidador/família,
 - formule um plano de cuidados de enfermagem em função da avaliação multidisciplinar,
 - valide a capacidade da equipa de enfermagem para dar resposta ao plano terapêutico delineado para a pessoa idosa (adequabilidade dos recursos tecnológicos disponíveis, intensidade dos cuidados necessários, dispersão geográfica dos doentes internados, etc.),
 - avalie a capacidade da pessoa idosa/família para suprir as suas necessidades de cuidados fundamentais e para comunicar a situação de saúde/doença da pessoa alvo de cuidados;
 - a disponibilidade e capacidade do cuidador/família (de importância acrescida no caso dos idosos) para colaborar

- na implementação do plano de cuidados e acompanhar a pessoa a internar,
- as condições domésticas e a sua adequabilidade aos cuidados a prestar pela equipa.
 - informe dos requisitos para o internamento domiciliário e a importância do seu cumprimento para segurança da pessoa.
 - colabore na obtenção de consentimento informado para a integração do internamento domiciliário.

Realizada a avaliação médica e de enfermagem, se em conferencia for identificada a necessidade de avaliação inicial de outro profissional da equipa, estes serão convocados de forma a dar o seu contributo. Se se verificar a necessidade de colaboração, mas que esta não seja imprescindível para o processo de admissão, estes integram a formulação do plano de cuidados com base na avaliação inicial médica e de enfermagem e farão a sua avaliação já no contexto da visita domiciliar de forma a maximizar o seu contributo inicial e a agilizar o processo de admissão.

Decidida a admissão da pessoa na UHD, a equipa multidisciplinar estrutura a sua intervenção planificando os cuidados de forma integrada, estando à partida definidos de forma estandardizada as seguintes visitas:

- Visita de admissão/acolhimento – Esta visita tem como objetivo a equipa de enfermagem acomodar a pessoa no seu domicílio. O internamento da pessoa é programado e é agendada a transferência da pessoa para o domicílio. Preferencialmente o enfermeiro está presente na chegada da pessoa em casa, para receber a pessoa, para acompanhar o cuidador/família e dar início ao processo de cuidados. Se por algum motivo o enfermeiro antevê a impossibilidade de não estar presente no momento de chegada da pessoa, ou visita o domicílio da pessoa antes desta chegar e prepara o cuidador/família ou combina telefonicamente com estes os cuidados imediatos para que a pessoa aguarde em segurança a chegada do enfermeiro. Independentemente da situação que se opte é combinado que assim que o doente chegue ao domicílio que a

equipa de enfermagem seja informada para realizar a visita o mais rapidamente possível.

Nesta primeira visita o enfermeiro observa e avalia as condições domésticas e a dinâmica familiar e dá início ao processo de adaptação destas ao processo de internamento em contexto domiciliário:

- Confirma junto da pessoa e do cuidador/família os requisitos presentes no acordo de internamento no domicílio,
 - Relembra das regras que, no processo de admissão, a pessoa/cuidador/família acordou cumprir de forma a garantir a sua segurança,
 - Informa da necessidade de contactar a UHD sempre que se identifique alguma dúvida, dificuldade, necessidade nova ou situação emergente,
 - assegura a capacidade da pessoa internada e cuidador/família de contactar a equipa sempre que for necessário.
 - Apresenta o processo (documento que permanece no domicílio onde está cópia do consentimento informado para o internamento no domicílio, a declaração de internamento, o guia de acolhimento e os documentos de registo da monitorização do doente por parte do próprio ou do cuidador/família),
 - Dá início à execução do plano de cuidados previamente definido, com a entrega de terapêutica (em unidose) para as primeiras 24h e colocação de bomba autónoma e programável para a administração da terapêutica endovenosa até à próxima visita.
 - Em conjunto com a família faz as primeiras adaptações às condições ambientais do domicílio para permitir ou facilitar a prestação de cuidados, confirma *in loco* a necessidade de ajudas técnicas realizada no processo de admissão e comunica as necessidades suplementares.
- Visita de 24 horas – primeira visita conjunta (médico e enfermeiro). Esta visita ocorre nas primeiras 24h do internamento no domicílio e tem como objetivo terminar o processo de integração da pessoa e cuidador/família no domicílio. O médico faz a sua primeira avaliação da pessoa no

domicílio e planeia as alterações necessárias ao plano terapêutico, desenhado na admissão. O enfermeiro valida a informação e complementa a informação transmitida na visita de admissão/acolhimento, dá continuidade ao plano de cuidados e acomoda no plano de cuidados de enfermagem, as alterações realizadas pelo médico ao plano terapêutico do doente.

- Visitas diárias (1 ou mais vezes por dia, em função da necessidade identificada) – São visitas de enfermagem para prestação de cuidados diretos e de suporte ao cuidador/família de acordo com o plano de cuidados. Poderão ser visitas conjuntas com médico, nutricionista, assistente social, psicóloga ou outro profissional que integra a equipa ou que seja convidado a integrar o plano terapêutico da pessoa em questão.
- Visita de urgência – visita realizada na sequência de um contacto da pessoa internada ou do cuidador/família onde é identificada a necessidade da presença do enfermeiro ou do médico.

Durante o período de estágio foi possível perceber que a integração da pessoa idosa com infeção neste processo de cuidados, levantava algumas questões e dificuldades. À semelhança dos enfermeiros que integraram a equipa de enfermagem da UHD, também a minha experiência estava relacionada com a prestação de cuidados em serviços de internamento convencionais onde as medidas preventivas e as baseadas nas vias transmissão estavam pré-definidas, normalizadas e integradas na prestação de cuidados.

No contexto domiciliário, apesar de se considerar um internamento, a dinâmica dos cuidados muda, verificando-se a centralidade do papel do cuidador/família na resposta às necessidades fundamentais, a transição do papel do enfermeiro para a gestão/supervisão dos cuidados e a emergência de cuidados tecnologicamente diferenciados focados na monitorização da pessoa, administração de terapêutica endovenosa, gestão e manutenção dos acessos venosos, implementação de terapias coadjuvantes, gestão e tratamento de feridas complexas, etc.

Assim, neste novo contexto de cuidados o enfermeiro desempenha um papel ligeiramente diferente dos restantes contextos de internamento. Apesar de ser responsável pela prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro, devido ao facto de não estar junto do doente nas 24h do dia, depende de outra pessoa para a prestação de cuidados fundamentais e para a monitorização direta da pessoa idosa. Neste sentido, o cuidador/família assume um papel preponderante na prestação de cuidados, que não se verifica em mais nenhum contexto de internamento, assumindo a responsabilidade da implementação do plano de cuidados delineado pelo enfermeiro e colaboração na monitorização da pessoa idosa.

É neste contexto de prestação de cuidados que se percebe a urgência na mudança de paradigma dos modelos de cuidados de base assistencial para modelos cada vez mais centrados na pessoa, como promovido pela Organização Mundial de Saúde no *World report on ageing and health* (2015).

Num internamento convencional, a pessoa idosa e seu cuidador/família assumiriam um papel passivo, baseado na receção de cuidados planeados e prescritos por profissionais de saúde. Na hospitalização domiciliar dada a sua natureza funcional, será imprescindível que a pessoa idosa e seu cuidador/família assumam a sua autonomia funcional, assente na sua autodeterminação e opções de vida, onde os cuidados serão planeados com a pessoa idosa e seu cuidador/família e onde as opções terapêuticas serão adaptadas ao contexto comunitário da pessoa idosa e a sua capacidade de colaborar no seu cumprimento. É neste contexto que o conceito de colaboração para os cuidados assume o seu expoente máximo e os cuidados prestados exclusivamente pelo profissional, apesar de serem imprescindíveis devido à sua complexidade, apresentam uma relevância marginal.

Tal como defendido por McCormack e McCance (2006) o conceito de cuidados centrados na pessoa assume-se como o “caminho a seguir” pois, cuidar da pessoa no seu domicílio sem estar presente a tempo inteiro, exige que a equipa valorize a pessoa idosa como ser único, com direito à sua dignidade, autonomia, valores, significados e com um conjunto de visões, histórias, princípios, desejos morais e capacidades, que influenciam a sua decisão e desempenho relativamente aos cuidados (Barbosa et al., 2020). É vital que seja estabelecida

uma relação colaborativa, uma parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa/cuidador/família, de forma a responder adequadamente às necessidades de saúde da pessoa, mas principalmente para manter a pessoa em segurança no seu domicílio.

Assim, dos cuidados da pessoa idosa com infeção no domicílio em contexto de hospitalização domiciliaria emergiram as seguintes considerações: os cuidados estandardizados e normalizados para a prevenção e controlo da infeção estão formatados para um contexto institucional onde a pessoa idosa está internada num serviço que partilha com outras pessoas em situação de doença e vulnerabilidade e são dirigidos aos profissionais e à sua prestação de cuidados, mas na hospitalização domiciliaria grande parte dos cuidados fundamentais e dos cuidados de proximidade poderão ser prestados pelo próprio, mas serão principalmente assumidos pelo cuidador/família.

Tendo percebido inicialmente que não emergia da literatura evidência que suportasse medidas de prevenção e controlo de infeção adaptadas ao domicílio, propôs-se à coordenação do serviço refletir nas práticas e nas necessidades recorrendo aos princípios de prevenção e controlo de infeção de forma a moldar os procedimentos a incluí-los e a desenvolver uma cultura de segurança e de prevenção da infeção.

Para tal, recorreu-se ao documento “Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings” (CDC, 2007) para dar início à reflexão, por ter uma breve referencia aos cuidados no domicílio.

Logo de início, após a primeira leitura do documento anteriormente referido, foi assumido que o processo de reflexão seria guiado pelas seguintes afirmações: a inicial, de que o risco de transmissão associado aos cuidados no domicílio presume-se que seja mínimo; e, em oposição, a afirmação final, que menciona a necessidade da realização de investigação para produção de evidência que suporte e oriente os cuidados de saúde prestados no domicílio de forma segura, no que concerne os riscos de transmissão. Esta informação assumida relativamente ao conhecimento disponível para a prevenção e controlo de infeção em contexto domiciliário, levou a que a reflexão se inclinasse mais para

medidas preventivas e para a mobilização/incorporação de medidas derivadas da estratégia de precauções básicas de controlo de infeção (DGS, 2012) ao invés da implementação direta de medidas de prevenção baseadas nas vias de transmissão (DGS, 2018).

Apesar de referir que o risco de transmissão é presumivelmente baixo, de seguida é referido que os principais riscos de transmissão para a pessoa sujeita a cuidados no domicílio estão associados a um profissional de saúde infetado ou equipamento contaminado (CDC, 2007). Esta afirmação é ainda complementada referindo que não existe informação publicada sobre a transmissão indireta de microrganismos multirresistentes de uma pessoa cuidada no domicílio para outra, mas admite teoricamente essa possibilidade se houver transporte de equipamento contaminado do domicílio de uma pessoa infetada/colonizada para outro e utilizado noutra pessoa. Se considerarmos que a pessoa idosa inerente ao seu processo de senescência apresenta um nível de vulnerabilidade acrescido (El Chakhtoura, Bonomo & Jump, 2017), potencialmente aumentado por um processo patológico que levou à necessidade de internamento, sendo o risco de ocorrência de uma infeção associada aos cuidados de saúde bastante superior e com consequências significativas (Yoshikawa, 2000).

Na sequência desta informação analisaram-se as práticas da UHD e chegou-se à conclusão que para minimizar a contaminação cruzada poderiam ser realizadas as seguintes adaptações de procedimentos com base no referencial das PBCI da DGS (2012):

- Colocação de doentes – A pessoa idosa com infeção no domicílio, principalmente a pessoa idosa com infeção por microrganismo multirresistente, deve ser cuidada num local de seu uso exclusivo e com fácil acesso a uma instalação sanitária. Esta medida, apesar de potencialmente disruptiva para o casal, o cônjuge, sendo também ele uma pessoa idosa, será aquele que poderá estar em situação de vulnerabilidade, pelo que o contacto deverá ser minimizado e protegido. Desta forma, tanto a equipa da UHD, como o cuidador/família que cuida do seu familiar poderá lavar as mãos após os cuidados sem ter de percorrer a casa e potencialmente contaminar outras superfícies. Com a

surgimento da pandemia, esta medida assumiu um outro nível de importância. Quando possível, esta instalação sanitária passou a ser de utilização exclusiva do cuidador e da pessoa idosa e quando tal não era possível foi instituída descontaminação sempre que se verificava a sua utilização por outro familiar.

- Higiene das mãos – relativamente a este ponto a equipa já tinha uma boa política, mas foi sistematizada de forma a uniformizar o procedimento. Em primeiro lugar foi instituído que na visita de admissão/acolhimento fossem definidos dois locais para uso da equipa da UHD: uma na instalação sanitária e outra no local onde a pessoa idosa passa-se mais tempo e onde receberia a equipa para os seus cuidados (o que na maioria dos casos era no quarto). O local na instalação sanitária seria para a equipa para colocar o seu material de higiene das mãos (sabão e toalhetes descartáveis acondicionados em embalagem fechada) e o no outro local para colocação do processo do doente, material e equipamento. Sendo que neste local seria colocada embalagem dispensadora de solução alcoólica. Desta forma a equipa teria as condições necessárias para a higienização das mãos com produtos exclusivos e descartáveis, não dependendo do cuidador família para disponibilizar estes produtos (evitar fardo económico e falta de produtos). Foi também colocada solução alcoólica na viatura para higienização das mãos após transporte de materiais/produtos contaminados até à mesma. Na sequência da pandemia todo este circuito ganhou nova importância, mas sem necessidade de adaptação.
- Etiqueta respiratória – Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade, a equipa passou a fornecer máscaras cirúrgicas aos cuidadores/família para utilizar na presença da pessoa idosa. Foi incluída informação da DGS destinada ao público no processo do doente sobre a etiqueta respiratória. Foi instituída a utilização de máscara cirúrgica por parte da equipa sempre que houvesse indivíduos sintomáticos, no domicílio ou na equipa. Com a pandemia, esta medida foi ampliada, exigindo-se a todos os presentes no momento da visita estivessem de máscara cirúrgica, sendo que a equipa passou a usar máscara P2 por defeito, devido à elevada incidência na comunidade.

- Utilização de equipamentos de proteção individual - Em caso de a pessoa idosa não possuir um diagnóstico de infeção, para além das práticas implementadas em pontos anteriores, a equipa fazia uso de luvas e aventais que tinha à sua disposição no saco de enfermagem nas situações de maior contacto e em que pudessem estar presentes fluidos orgânicos.
- Descontaminação do equipamento clínico - Neste campo a equipa tinha a boa prática de fazer a descontaminação dos equipamentos e do saco entre doentes, principalmente após utilização em doentes com infeção ou colonização conhecida. Para tal, disponham de toalhetes antissépticos. Ao analisarmos as práticas e o tempo despendido, foi proposta uma alternativa, a implementação das seguintes medidas:
 - Equipamentos de monitorização (termómetro, esfigmomanómetro, medidor de glicémia, sistema de infusão automático, etc.) exclusivos para cada doente, realizando-se limpezas intermedias caso o equipamento estivesse visivelmente contaminado e quando o doente tivesse alta os equipamentos eram ensacados e transportados para a zona suja da sede onde se faria uma desinfeção terminal;
 - Durante a prestação de cuidados percebeu-se que o recurso ao saco de enfermagem consistia no acesso aos equipamentos de proteção individual e materiais para procedimentos maioritariamente programados, exceto eventos relacionados com os cuidados ao acesso venoso. Neste sentido propôs-se abolir o uso do saco de enfermagem no domicílio dos doentes. Assentar os cuidados e a necessidade de materiais na planificação dos cuidados e antevisão das necessidades. Foi proposto a criação de KIT's de punção venosa selados em embalagem, embalagem de luvas e aventais, compressas seladas, que ficariam (em número reduzido e repostos na próxima visita caso fossem consumidos) em local definido para uso da equipa dentro de contentor com tampa. O saco de enfermagem permaneceria na viatura com stock alargado, em caso de necessidade;

- Controlo ambiental – Em relação a esta medida propôs-se que a equipa promovesse junto do cuidador/família da pessoa idosa com infeção se realizasse uma limpeza do ambiente de cuidados mais frequente e que diariamente limpasse as superfícies de tosse frequente para reduzir a carga bacteriana ambiental de forma a prevenir a transmissão através de fómites. Esta medida veio a ser reforçada com a pandemia e
- Manuseamento seguro da roupa – Também neste campo a proposta recaiu na importância de promover junto do cuidador/família da pessoa idosa com infeção a mudança regular da roupa de cama e lavagem em ciclo que atinja os 60°C.

No que se refere ao idoso com infeção e à implementação de medidas de isolamento ou precauções baseadas na via de transmissão, tal como é referido pelo CDC (2007), como os cuidados no domicílio envolvem um número limitado de profissionais de saúde e as pessoas alvo de cuidados se encontram em contextos diferentes, o risco de constituição de reservatórios que possam promover a disseminação ativa do microrganismo em pessoas saudáveis é baixo. No entanto, existem cuidadores/famílias de pessoas idosas que podem elas mesmas ser idosas e/ou ter algum nível de imunossupressão que possa aumentar o risco de transmissão da infeção. Neste sentido foi proposto que em situações em que se verificasse que a pessoa idosa internada tinha como diagnóstico de infeção se aplicassem as seguintes medidas:

- Informar o cuidador para o risco associado, bem como as medidas a aplicar, no momento da proposta para o seu internamento em UHD;
- Usar luvas e avental (via transmissão por contacto e gotículas) e máscara cirúrgica (via transmissão por gotícula) quando estiver a prestar cuidados que envolvam o contacto íntimo e prolongado (prestação de cuidados de higiene, cuidados de eliminação), ou na manipulação de fluidos orgânicos ou produtos de eliminação;
- Fazer uma limpeza sumária das superfícies de toque frequente no local de cuidados (puxadores, superfícies usadas pela equipa, grades da cama, interruptores);

- Mudança da roupa de cama com alguma frequência e sua lavagem em ciclo com temperatura superior a 60 °C.

Todas as medidas propostas foram implementadas, sendo que alguns inicialmente encontraram maior resistência, principalmente as relacionadas com o abolir a presença da mala na casa do doente. No entanto a pandemia serviu de catalisador, acelerando a implementação das medidas com sucesso.

Com a implementação destas medidas os únicos equipamentos partilhados pelo doente são o estetoscópio do médico, o equipamento portátil de gasometria/análises. Ambos seriam alvo de desinfeção intermédia entre utilizações.

Todo este processo de reflexão na ação para a mudança evidenciou o facto de que apesar das pessoas escolherem serem cuidadas em casa por aspetos relacionados com o conforto do seu lar, a flexibilidade dos horários, a manutenção das suas relações sociais, etc., assumem também uma parte da responsabilidade dos cuidados. No caso da pessoa idosa, esta responsabilidade cai sobre o seu cuidador familiar. (Vaartio-Rajalin, Nyholm & Fagerstrom, 2020). Este facto, apontou-nos duas necessidades específicas por parte da pessoa idosa, mas principalmente do seu cuidador: a necessidade de educação sobre princípios de controlo de infeção; mas ao mesmo tempo oportunidades e disponibilidade para que essa educação ocorresse de forma confortável e continuada, ao ritmo do cuidador.

A equipa já usava o contacto com a família frequentemente para a avaliação inicial do cuidador para determinar a admissão da pessoa na hospitalização domiciliária e depois como forma de o cuidador recorrer à equipa em caso de necessidade.

No entanto foi proposta a realização de contactos telefónicos suplementares por parte da equipa. Em primeiro lugar foi proposta a realização de um telefonema ainda no mesmo dia da visita de admissão/acolhimento de forma a reavaliar a

pessoa idosa, o cuidador familiar e a sua acomodação no domicílio, e a dar a oportunidade para colocar dúvidas sobre a informação transmitida durante a visita. Rapidamente se percebeu que este momento era importante para confirmar a disponibilidade e interesse da equipa na pessoa, bem como facilitador da comunicação e colocação de dúvidas, porque a maioria das pessoas se sentia inibida para telefonar à equipa.

Com o surgimento da pandemia este contacto telefónico ganhou uma nova utilidade. Dada a necessidade em aumentar o número de doentes ao cuidado da UHD e em relação à necessidade de minimizar o número de vezes que se expunha a pessoa ao contacto com a equipa, o contacto telefónico passou a substituir a segunda visita diária. Apesar da impessoalidade do contacto a pessoa idosa e cuidador familiar passaram a usufruir de maior número de contactos, que, apesar de não serem presenciais, permitiam fazer uma gestão dos cuidados mais próxima e ofereciam a oportunidade de o cuidador/família expor as suas dúvidas, confirmar orientações e até programar cuidados.

Estes contactos telefónicos, exigiram que a pessoa idosa ou o cuidador/família tivessem de transmitir os dados da monitorização que registavam no processo escrito. Este facto revelou-se dificultado pelo facto de a informação estar dispersa por vários impressos, obrigando a pessoa idosa e seu cuidador/família a navegar o processo para poder responder as questões colocadas pelo enfermeiro durante o contacto telefónico.

Assim foi proposto que se reorganizasse o processo escrito presente no domicílio em função da consulta e registo por parte da pessoa idosa e seu cuidador/família, como se de um guião de respostas para o contacto telefónico. Ou seja, sempre que fosse realizado um contacto telefónico a pessoa no domicílio teria a informação concentrada num só local, facilitando o reporte dos parâmetros ao enfermeiro e disponibilizando mais tempo para dedicar as suas dúvidas receios ou apenas para conversar.

Paralelamente, esta atividade foi complementada pela leitura e análise do artigo “A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor” (Martins e Lopes, 2010). Foi analisada principalmente os resultados publicados principalmente os seguintes pontos:

“interação telefónica: comunicação do risco”, onde as autoras alertam para os fatores individuais do cuidador familiar e do profissional que influenciam a codificação e interpretação da informação transmitida; “assegurar a confiança” onde se materializa a disponibilidade do enfermeiro para as necessidades da pessoa idosa e do seu cuidador familiar, “transmitir segurança” através do processo de validação do papel do cuidador familiar e do seu suporte através da informação partilhada; e por fim “poder na partilha de informação” manifestando-se a interdependência da equipa e do cuidador familiar para garantir o sucesso do processo de cuidados.

3.2. Formação aos enfermeiros sobre prevenção e controlo de infeção nos cuidados à pessoa idosa no domicílio.

Desde o início do estágio que a o projeto foi bem recebido pela equipa, uma vez que sentiam necessidade de algumas orientações nesta área que sustentassem uma prática de cuidados mais segura. Ao contrário do planeado no projeto de estágio, não foi possível realizar a sessão formal, dada a dimensão reduzida da equipa e a dificuldade de se puderem reunir todos numa sessão devido ao aumento da carga horaria em contexto de pandemia.

Deste modo optei por à medida que a prestação de cuidados se ia realizando fomos fazendo pequenos momento formativos *on job* e de reflexão que nos permitiram discutir situações diárias de cuidados e sustentar os conteúdos teóricos com situações praticas vividas nesse dia.

As passagens de turno foram momentos de discussão estruturada e maior suporte teórico, mas os momentos em que estávamos em viagem após a prestação de cuidados foram o local onde se melhor se discutiu a prática e a sua necessidade de mudança. Tal como Pires (2005) refere os momentos de formação e aprendizagem não estão circunscritos aos momentos formais, podendo ocorrer de forma espontânea. Assim procurou-se rentabilizar os momentos das viagens entre doentes e de volta para a sede para a realização da formação *on job* e agilizar a implementação das medidas propostas de forma estruturada e sustentada do ponto de vista teórico.

De acordo com o referido pelos enfermeiros, as conversas no carro, permitiam contextualizar no rescaldo dos cuidados os conceitos teóricos e avaliar os cuidados prestados. Desta forma, segundo os enfermeiros, foi mais fácil incorporar e implementar o conhecimento teórico de forma mais célere e produzir alterações práticas quase imediatas.

Tal como refere Basto (1998), a formação em serviço permite a confrontação direta entre a teoria e a prática, entre a realidade e o ideal, promovendo mais eficazmente alterações de comportamentos. Um profissional não forma outro, depende de cada individuo o seu processo de transformação pela formação, através dos conhecimentos adquiridos ou durante as relações com os pares (Nóvoa, 2002).

IV. APRENDIZAGENS REALIZADAS

No meu percurso profissional enquanto enfermeiro mantive uma necessidade constante de desenvolvimento pessoal e de investimento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de trabalho que integro. A procura da melhor evidência para sustentar a minha prática e o desenvolvimento de novas competências para melhor cuidar da pessoa idosa no meu contexto de trabalho levaram-me ao CMEMC.

Ao integrar este percurso educativo de nível ao nível do mestrado, espera-se que, de acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006, se desenvolva um nível de autonomia e competência que permitam: o aprofundamento do conhecimento científico assente na investigação; desenvolvimento da capacidade de análise e adaptação a diferentes situações; a mobilização da melhor evidência no solucionamento de problemas emergentes, em contextos alargados e multidisciplinares; a gestão de situações complexas com soluções ou juízos fundamentados; a reflexão das implicações éticas decorrentes da intervenção; e a comunicação objetiva, clara e sem ambiguidades das suas conclusões.

Paralelamente, espera-se que se desenvolvam competências de especialista em enfermagem, tanto a nível das competências comuns no que concerne a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade e a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tanto a nível das competências específicas à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo estas: focadas nos cuidados centrados na pessoa e família/cuidador; otimização do ambiente e processos terapêuticos na pessoa e família/ cuidadores; e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

Com a construção e a implementação do presente projeto de intervenção foi possível desenvolver estas competências, através do/a: desenvolvimento da prática de cuidados especializados baseada na evidência gestão e construção de cuidados diferenciados e focados na população a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica,

nomeadamente da pessoa idosa; e desenvolvimento de competências dos enfermeiros através da reflexão e formação.

Considero que o desenvolvimento deste projeto me permitiu a experiência académica e profissional que serviu de base para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista. Neste sentido, considero que desenvolvi competências nos seguintes âmbitos: na pesquisa e sistematização de evidência científica para fundamentação e suporte da prática clínica dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa; gestão do plano de cuidados com promoção dos cuidados centrados na díade pessoa idosa/cuidador familiar por parte da equipa multidisciplinar; constituir um recurso (perito) na área temática do projeto para equipa de enfermagem, promovendo a resolução de problemas através da reformulação dos cuidados, identificação de novos focos de intervenção, partilha do conhecimento reunido; promover a reflexão sobre a prática dos cuidados, as implicações éticas de cuidar a pessoa idosa no domicílio e mobilização do conhecimento científico, de forma a construir uma intervenção de enfermagem eticamente coerente e adaptada as necessidades de cada contexto de intervenção.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento pode fazer-se acompanhar pelo processo de senescência, indutor de um conjunto de alterações que aumentam a suscetibilidade do idoso face à infeção (Bowdish & Kline, 2016). Neste sentido, é importante conhecer o impacto da infeção na pessoa idosa e garantir que os cuidados de enfermagem são promotores da segurança da pessoa idosa através de práticas alicerçadas na evidência sobre a prevenção e o controlo de infeção.

Logo no início do estágio, percebi que a ideia inicial de reunir a evidência científica sobre a aplicação de medidas de prevenção baseadas na via de transmissão da infeção, em contexto de hospitalização domiciliária, à pessoa idosa com infeção estava comprometida. A evidência consultada referia-se ao contexto institucional convencional, não tendo em conta o cuidador familiar ou o seu ambiente domiciliário, incidindo num ambiente formal de cuidados e no comportamento do profissional de saúde. Sendo que o CDC (2007) refere que as aplicações das medidas de precauções associadas à via de transmissão em ambiente domiciliário carecem de investigação.

Constatada esta realidade, conjuntamente com o orientador do local de estágio, planeamos intervir nos cuidados que a equipa presta, de forma que, através da reflexão na prática dos cuidados e na evidência disponível, promover a segurança da pessoa idosa e do seu cuidador familiar no que concerne a prevenção da infeção e da sua disseminação.

Assim sendo, demos início à análise das práticas e discussão de alguns artigos científicos sobre prevenção da infeção e da manifestação da infeção na pessoa idosa. Deste ponto, foi proposto à coordenação de enfermagem que, usando a norma da DGS nº 29/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013 sobre precauções básicas do controlo da infeção, se fizesse uma análise das práticas e à medida que fossem detetadas situações que pudessem ser melhoradas, fazer-se uma proposta de mudança e realizada tentativa de implementação. Esta forma de reflexão para a mudança acabou por gerar um ritmo regular de análise, fundamentação e implantação de alterações na forma de trabalhar e de prestar cuidados que produziram um conjunto significativo de contributos para a mudança.

A equipa de enfermagem, bem como a equipa médica viram estas oportunidades de forma construtiva, no entanto nem todas as medidas propostas foram fáceis de implementar, algumas tiveram maior resistência da equipa. No entanto, com a discussão de artigos sobre a manifestação da infeção na pessoa idosa e o seu impacto na sua saúde e qualidade de vida, sob a forma de formação *on job*, a abertura da equipa para a mudança cresceu, bem como a sua necessidade de informação.

Nesse sentido a experiência prática do contexto e a partilha dos cuidados com os profissionais do serviço permitiu realizar o processo de reflexão muito próximo da prática, senão mesmo durante a execução dos cuidados. Esta proximidade, imiscuída com a rápida fundamentação, fez materializar a necessidade de mudança nos profissionais e melhorou a inicial resistência relativamente ao rompimento com as práticas rotinadas.

Esta revisão das práticas levantou então uma questão importante, que foi a necessidade contínua de informação por parte da pessoa idosa e cuidador/família. Neste sentido, foi necessário complementar a implementação das medidas com uma suplementação de contactos entre a equipa e a díade pessoa idosa/cuidador familiar através do contacto telefónico. Novamente foi usada uma metodologia de análise da prática sustentada num artigo relevante que levou a uma rápida reestruturação do contacto telefónico realizado pela equipa.

Todo este processo, apesar de pobre em resultados formais, resultou num crescente aumento da complexidade dos cuidados de enfermagem, onde a fundamentação dos cuidados em função da pessoa idosa e, principalmente, do seu cuidador familiar acabou por contribuir para a melhoria generalizada dos cuidados a todas as pessoas que usufruem dos cuidados da unidade de hospitalização domiciliar. No entanto, a discussão dos artigos sobre a infeção na pessoa idosa, manifestações e impacto na qualidade de vida, incutiram na equipa a noção de risco aumentado, vulnerabilidade e suscetibilidade desta faixa etária para esta problemática. Principalmente, alertaram para o facto de que a evidência generalista sobre as manifestações e consequências da infeção na pessoa, por vezes não se aplica à pessoa idosa, exigindo das equipas de enfermagem em primeiro lugar um corpo de conhecimento específico e adaptado

a esta faixa etária e em segundo lugar um nível superior de rigor na implementação dos princípios de controlo de infeção.

Considero que este percurso contribuiu relevantemente para o meu desenvolvimento profissional através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e o desenvolvimento de experiência a nível da gestão dos cuidados que permita a alteração da prática de uma forma fundamentada e a sua adequação em função das necessidades específicas de um grupo populacional. Posso afirmar que cresci a nível pessoal e profissional, considerando-me um profissional diferente depois deste percurso, um profissional mais próximo da pessoa que cuido, mais focado nas suas necessidades individuais, e principalmente um profissional que procura basear a sua prática na melhor evidência disponível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-9. DOI: 10.1161/01.str.26.5.843.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança*. Lisboa: Rei dos Livros
- Barbosa, M., Afonso, R. M., Paúl, C., & Yanguas, J. (2020). Conceptualização dos cuidados centrados na pessoa idosa: origens e rumos. *RIASE: Revista Iberoamericana de Saúde e Envelhecimento*, 6(3), 366–382. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\).449.366-382](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3).449.366-382)
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares de idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Bowdish, D., & Kline, K. (2016). Infection in aging population. *Current Opinion in Microbiology*, 29, 63-67. <http://www.bowdish.ca/lab/wp-content/uploads/2015/12/2015-Kline-Bowdish-Infections-in-an-Aging-population.pdf>
- Cancela, D., (2007). *O processo de envelhecimento*. Portal dos psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2007) *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- El Chakhtoura, N., Bonomo, R., & Jump, R., (2017). Influence of Aging and Environment on Presentation of Infection in Older Adults. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31, 593-608. DOI: 10.1016/j.idc.2017.07.017
- Decreto-lei n.º 74/2006 (com a redação que lhe foi conferida pelo Decreto-lei nº65/2018). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. *Diário da República*, I Série (nº 157/2018) 4162 – 4168. ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

- DGS (2018). *Hospitalização domiciliar em idade adulta*. Norma n.º 020/2018 de 20/12/2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- DGS (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Norma nº 29/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS (2018). *PPCIRA - Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão* (em revisão). <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao.aspx>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Gavazzi, G., & Krause, K., (2002). Ageing and infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 2, 659-666. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(02\)00437-1hosp](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(02)00437-1hosp)
- Goes, M., Lopes, M., Oliveira, H., Fonseca, C. & Marôco, J. (2020). Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10, 1770. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Grady, P. (2011). Advancing the Health of Our Aging Population: A Lead Role for Nursing Science. *Nursing Outlook*, 59(4), 207–209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/21757076/pdf/?tool=EBI>
- Harris, R., Ashton, T., Broad, J., Connolly, G. & Richmond, D. (2005). The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy*, 10(3), 158-66. DOI: 10.1258/1355819054338988.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formação e Saúde Lda.

INE. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P

Institute of Medicine (US), Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. (2008). *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*. National Academies Press (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215394/>

Laham, C.F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação Mestrado, não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acedido em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/publico/claudiaFernandesLaham.pdf>

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S., et al. (2006). Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143, 798-808. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>

Mattisson, M. (2020). *Hospital management of older adults*.
<https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults#H657213>

Martins, M. & Lopes, M. A. (2010) A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, 14(1).
[file:///C:/Users/82169/Downloads/A+Consulta+Telef%C3%B3nica+como+Interven%C3%A7%C3%A3o+de+Enfermagem+ao+Doente+e+Fam%C3%ADlia+com+Dor+Cr%C3%B3nica\(4\).pdf](file:///C:/Users/82169/Downloads/A+Consulta+Telef%C3%B3nica+como+Interven%C3%A7%C3%A3o+de+Enfermagem+ao+Doente+e+Fam%C3%ADlia+com+Dor+Cr%C3%B3nica(4).pdf)

McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

- Nóvoa, A. (2002). *Experiências de Vida Formação*. Lisboa: Educa. Prefácio In: Josso, Marie Christine
- Nunes, B., Soares, M., Wachs, L., Volz, P., Saes, M., Duro S., et al. (2017). Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary healthcare and private health plan. *Revista de Saúde Pública*, 51-43. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006646
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, II Série (n.º 135 de 2018-07-16), 19359–19370. ELI:<https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, II Série, (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pires, A.L. (Ed.). (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N. A. & Wilson, A. D. (2008). Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1465-1858. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.

- United Nations. (2020). *World Population Ageing 2019*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. ST/ESA/SER.A/444. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September, A/RES/70/1. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Vaartio-Rajalin, H., Nyholm, L. & Fagerstrom, L. (2020). Patient education in the hospital-at-home care context. *Patient Experience Journal*, 7(1), 65-74. DOI: 10.35680/2372-0247.1408.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: The World Health Organization. www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/
- World Health Organization. (2018). *Health System Review - PORTUGAL (Final Report)*. Portuguese Ministry of Health, European Observatory on Health Systems and Policies, Regional Office for Europe of the World Health Organization (WHO). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport Printers 03April2018-2.pdf>
- Yoshikawa, T. T. (2000). Epidemiology and unique aspects of aging and infectious diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 30(6), 931-3. doi: 10.1086/313792.

APÊNDICES

A intervenção do enfermeiro na implementação de precauções baseadas na via de transmissão no domicílio da pessoa idosa e seu cuidador em hospitalização domiciliar: Protocolo de *scoping review*

João Carlos Florentino Castanheiro¹

Mestrando em Enfermagem Médico–Cirúrgica, Opção Pessoa Idosa.

RESUMO

Objetivo: Identificar e mapear a evidência científica existente sobre a intervenção do enfermeiro na implementação de precauções baseadas nas vias de transmissão em contexto de hospitalização domiciliar à pessoa idosa com infeção.

Introdução: Na hospitalização domiciliar a pessoa idosa será cuidada no domicílio, sem a vigilância permanente do profissional de saúde e com recurso a um cuidador familiar. Esta transição dos cuidados da instituição hospitalar coloca alguns desafios à equipa de enfermagem nomeadamente como aplicar precauções baseadas nas vias de transmissão no ambiente domiciliário à pessoa idosa com infeção.

Crítérios de inclusão: Serão incluídas todas as fontes que tenham como objeto a pessoa idosa com infeção e seu cuidador (População), como alvo de cuidados de enfermagem no âmbito da prevenção e controlo de infeção, mais propriamente relacionados com precauções baseadas na via de transmissão (Conceito), em contexto de hospitalização domiciliar, em qualquer zona geográfica do mundo (Contexto).

Metodologia: O protocolo de *scoping review* foi definido com base na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, tendo em conta os critérios definidos e a adequação dos mesmos às bases de dados ou repositórios propostos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fenómeno irreversível que leva a várias modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade e para a incidência de processos patológicos no corpo humano (Goes et al, 2020). Assim o processo de senescência do idoso pode ser caracterizado por diversos graus de imunossupressão resultante da imunosenescência que conjugada com alterações da função orgânica, comorbidades, síndromes geriátricas, fragilidade, malnutrição, disfunção funcional, polimedicação e determinantes sociais da saúde (como por exemplo, residência em lar ou baixo acesso a cuidados de saúde), aumentam o risco de infeção na população idosa. Por outro lado, a infeção poderá ter um efeito significativo na morbidade da pessoa idosa, exacerbando doenças crónicas, conduzindo para o declínio funcional. (Esme et al, 2019).

A infeção no idoso, por si só, tem um efeito cumulativo na degradação da reserva funcional, uma vez que é um evento potenciado pela senescência/senilidade e a sua ocorrência agrava consideravelmente os problemas já presentes que podem ter potenciado a sua geração. Assim podemos considerar que o processo de envelhecimento e as alterações que daí possam advir aumentam a suscetibilidade do idoso face á infeção e a ocorrência de infeção constitui um fator de exacerbação ou de aceleração processos patológicos subclínicos ou crónicos que podem levar a condições como a doença cardiovascular ou demência, pronunciando o declínio da saúde, capacidade funcional e qualidade de vida do idoso (Bowdish & Kline, 2016).

Se consideramos a pessoa idosa internada, para além do referido risco intrínseco, esta vai ser exposta a um conjunto de riscos extrínsecos associados com a sua hospitalização. Em primeiro lugar o idoso será exposto ao ambiente hospitalar rico em fómites e reservatórios vivos de bactérias de elevada resistência a antibióticos. Em segundo lugar, a pessoa idosa poderá ser sujeita a um conjunto de procedimentos invasivos que tem o potencial de a expor diretamente aos agentes patogénicos presentes no local de prestação de cuidados. Deste modo, a pessoa idosa que devido ao seu processo de

senescência já apresenta um nível de vulnerabilidade à infeção, vê esse risco aumentado pela senilidade e seus processos patológicos, bem como pelo contacto frequente com os cuidados de saúde, neste caso o internamento.

Como formas de prevenção e controlo do risco de infeção foram desenvolvidas duas estratégias primárias as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) que têm como objetivo proteger os profissionais de saúde e utentes de potenciais infeções procurando responder ao direito do utente a cuidados de saúde de excelência.

De acordo com a norma número 29/2012 atualizada a 31/10/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS), as PBCI são medidas universais e fundamentais para reduzir a propagação da infeção, nomeadamente em contexto hospitalar. As PBCI são constituídas por dez critérios de suporte: a colocação de doentes; a higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Enquanto, por um lado as PBCI se destinam a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, por outro, existe evidência que para determinadas infeções por microrganismos, principalmente os multirresistentes, estão indicadas medidas adicionais como as precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) - (contacto, aérea e gotículas). As PBVT estão então relacionadas com a necessidade de bloquear uma via de transmissão específica através do isolamento dos doentes infetados (DGS, 2018).

Considerando que o modelo de funcionamento da hospitalização domiciliária é baseado numa intervenção multidisciplinar assente em cuidados de enfermagem prestados em contexto domiciliário, percebemos que a equipa de enfermagem terá um papel preponderante na implementação e dinamização das medidas de prevenção e controlo de infeção. Neste sentido, o enfermeiro será responsável pela estruturação de cuidados que mobilizem a evidência científica, o contexto normativo formulado pela DGS e, senão o mais importante, a díade

doente/cuidador inserida no seu ambiente familiar. Será então de todo pertinente que a equipa de enfermagem disponha de toda a evidência possível para suportar a prestação de cuidados neste âmbito e apoiar o seu cuidador na manutenção dos cuidados sob supervisão.

Foi realizada uma pesquisa preliminar na MEDLINE e na CINAHL (via EBSCO) sobre esta temática, não se tendo encontrado revisões *scoping* ou da literatura enquadradas nesta área temática. Foram consultadas as normas/circulares normativas na página da Direção-Geral da Saúde (DGS) (www.dgs.pt), não tendo sido encontradas, orientações ou normas dirigidas para os profissionais de saúde onde se definissem precauções baseadas na via de transmissão adaptadas ao ambiente domiciliário, sendo que a último documento publicado que nos remete para esta temática “Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão”, que remonta à época em que o Plano Nacional de Controlo de Infeção se encontrava sob alçada do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, atualmente em revisão pela DGS. No entanto neste documento não são considerados outros contextos para além do institucional.

Assim, pretende-se com esta revisão mapear os estudos existentes na literatura, focados na aplicação de precauções baseadas na via de transmissão, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com infeção e seu familiar.

QUESTÃO DE REVISÃO:

Em concreto, esta revisão pretenderá responder as seguintes questões:

- Como instituir medidas de controlo de infeção baseadas na via de transmissão em contexto domiciliário?
- Que informação transmitir ao cuidador acerca das precauções baseadas na via de transmissão a aplicar no domicílio?

Decomposição com base na mnemónica PCC:

| | |
|------------------|---|
| População | Pessoa Idosa e seu cuidador |
| Conceito | Intervenção do enfermeiro na implementação de precauções baseadas nas vias de transmissão |
| Contexto | Domicílio, Hospitalização domiciliária |

PALAVRAS-CHAVE:

Idoso, precauções baseadas nas vias de transmissão, infeção, enfermagem, cuidador, hospitalização domiciliária, domicílio

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Tipo de participantes:

-Pessoa idosa: pessoa com 65 ou mais anos. São considerados participantes de qualquer cultura, etnia, nacionalidade e género.

-Cuidador: é considerado qualquer cuidador, independentemente do género, etnia, cultura, idade ou ligação à pessoa idosa (consanguinidade ou não).

Conceito:

Este protocolo irá considerar como conceito a intervenção a adotar pelo enfermeiro, para prevenir a disseminação da infeção, nomeadamente as precauções baseadas na via de transmissão a aplicar à pessoa idosa com infeção pelo seu cuidador.

Contexto:

O contexto considerado neste protocolo, é o ambiente domiciliário, mais propriamente a hospitalização domiciliária.

Tipos de fontes de informação:

Na aplicação do presente protocolo de revisão *scoping* será tida em conta toda a literatura existente, ou seja, qualquer tipo de estudos, documentos normativos ou diretrizes institucionais, nacionais ou internacionais, bem como qualquer literatura cinzenta, pois o objetivo será identificar e mapear toda a informação existente sobre a temática.

De forma a melhor compreender a evidência disponibilizada e devido à barreira linguística para com outros idiomas, serão apenas selecionados estudos e literatura nos idiomas inglês, espanhol e português. Devido à dificuldade antecipada em encontrar publicações sobre a temática selecionada considerar-se-ão um período de pesquisa de 10 anos antes da data de aplicação do protocolo.

MEDOTODOLOGIA

O presente protocolo de revisão *scoping* será conduzido de acordo com a metodologia da JBI para elaboração de revisões *scoping*.

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa a aplicar no presente protocolo de revisão *scoping* tem como objetivo ser o mais abrangente possível, incluindo literatura cinzenta sobre o tema em estudo, ser sensível e específica ao tema selecionado e com o mínimo de viés possível.

Em complementaridade à pesquisa nas bases de dados científicas, recorrer-se-á também sites institucionais nacionais ou internacionais, revistas científicas, livros, plataformas e outras fontes de literatura cinzenta.

Assim, a pesquisa será conduzida em três fases. Inicialmente, será realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL (via EBSCO), desta forma serão identificadas as palavras mais utilizadas nos títulos e resumos de artigos referentes à área científica pretendida, assim como os termos de indexação identificados.

Posteriormente as palavras e os termos identificados serão combinados numa estratégia de pesquisa adaptada a cada base de dados, numa estratégia de pesquisa única. Serão também, consultadas as listas de referências dos artigos apurados de forma a incluir potenciais fontes adicionais independentemente do seu tipo.

Finalmente, excluídos os duplicados, será realizada uma triagem dos achados com base no título e *resumo*, de modo a verificar a elegibilidade dos documentos. Uma vez apurados os documentos que reúnem os critérios de elegibilidade anteriormente definidos passam à fase de leitura integral. Esta última fase será desenvolvida por dois revisores independentes, podendo eventualmente recorrer-se a um terceiro para esclarecimento de qualquer divergência.

Extração de resultados:

Os dados serão extraídos dos documentos selecionados pelos dois revisores, através do uso de uma ferramenta de extração criada por si para o efeito.

Esta ferramenta (tabela 1) será uma grelha de análise elaborada com base nas tabelas desenvolvidas na metodologia de revisão *scoping* da JBI, de forma a responder à pergunta de investigação e a o objetivo da revisão. Os dados extraídos incluíram dados específicos sobre os participantes, conceito, contexto, metodologia dos estudos e um resumo com os principais resultados relevantes para a revisão.

Nos resultados será incluir a informação pertinente da fonte de forma a evidenciar o “estado da arte” da temática que está na origem da presente revisão

e, concomitantemente, elucidar quanto à necessidade de mais investigação primária na área, bem como das limitações das fontes selecionadas.

Tabela 2 – Instrumento desenvolvido para a extração de dados

| Instrumento de avaliação | | |
|--|---|---|
| Título | A intervenção do enfermeiro na implementação de precauções baseadas na via de transmissão no domicílio da pessoa idosa e seu cuidador em hospitalização domiciliar: Protocolo de <i>scoping review</i> | |
| Questões de revisão | Como instituir medidas de controlo de infeção baseadas na via de transmissão em contexto domiciliário? Que informação transmitir ao cuidador acerca das precauções baseadas na via de transmissão a aplicar no domicílio? | |
| Metodologia (mnemónica PCC) | População - a pessoa idosa com infeção e seu cuidador Conceito - Intervenção a adotar pelo enfermeiro, para prevenir a disseminação da infeção, nomeadamente as precauções baseadas na via de transmissão a aplicar à pessoa idosa com infeção pelo seu cuidador. Contexto - Ambiente domiciliário, mais propriamente a hospitalização domiciliar. | |
| Extração de detalhes e características dos estudos | Autores: | : |
| | Ano de publicação: | |
| | Localização geográfica e contexto clínico: | |
| | Tipo e desenho do estudo: | |
| | Objetivos e questão de investigação: | |
| | Tamanho da amostra: | |
| | Conteúdo do estudo e tipo de intervenção: | |
| | Resultados obtidos e principais conclusões: | |

Apresentação dos resultados

De acordo com JBI (2015) a informação recolhida pode ser apresentada de forma gráfica, diagramática ou sob a forma de tabela. Neste sentido determinou-se que a evidência recolhida seria apresentada sob a forma de uma tabela. Nessa tabela será introduzida informação que permita responder às questões de investigação inicialmente definidas (Tabela 3).

Cada um dos revisores fará a sua síntese e apresentação dos dados de forma independente. Sendo reunidos posteriormente mediante consenso, utilizando-se um terceiro elemento se necessário para obter consenso quanto a eventuais divergências encontradas.

Tabela 3 – Grelha de síntese da evidência para as questões de revisão.

| Estudo | Tipo de Estudo | Desenho | Contexto Clínico | Medidas de controlo de infeção baseadas na via de transmissão em contexto domiciliário | Informação a transmitir ao cuidador acerca das precauções baseadas na via de transmissão no domicílio |
|--------|----------------|---------|------------------|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Norma nº 29/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2018). *PPCIRA - Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão* (em revisão). <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infecao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao.aspx>
- Esme, M., Topeli, A., Yavuz, B., & Akova, M. (2019). Infections in the Elderly Critically-Ill Patients. *Frontiers in Medicine*, 6(118). DOI: 10.3389/fmed.2019.00118.
- Goes, M., Lopes, M., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*. 10(1770) DOI: 10.1038/s41598-020-58596-1
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015- Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>