

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

Relatório de Estágio

**A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a
isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de
enfermagem para promoção do cuidado de Si**

Luísa Maria Fernandes Conchinha

Lisboa
2019



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

Relatório de Estágio

**A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a
isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de
enfermagem para promoção do cuidado de Si**

Luísa Maria Fernandes Conchinha

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Não analisar e medir, suficientemente, o impacto do meio institucional do trabalho de enfermagem, *ao mesmo tempo que a finalidade e orientação dos cuidados de enfermagem*, faz correr o risco de não poder dominar e mobilizar os factores que interferem com a sua realização e as condições indispensáveis ao seu cumprimento”

Collière, 1999 (p. 281)

A si, pai...

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela sua orientação tutorial, disponibilidade e pela motivação e incentivo para novos projetos

À Enfermeira Emília Pinheiro, minha chefe de enfermagem, que foi a impulsionadora para a realização desta formação académica

À Enfermeira Susana Moisão que esteve presente quando eu mais precisei

À Enfermeira Paula Espírito Santo pela orientação clínica

A todos os enfermeiros que participaram neste projeto

A todos os profissionais e idosos que conheci neste percurso

À Diliansa e Carina que me acompanharam na fase do projeto

À Sandra pelo seu companheirismo, amizade e lealdade, que me acompanhou desde o primeiro dia deste curso

À minha mãe pelo seu apoio, amor e compreensão incondicional

Ao meu marido e meu filho, pelo seu amor e apoio

A todos, o meu muito obrigada

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVD´s – Atividades de Vida Diárias

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL – Grupo Coordenador Local

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICG – Isolamento de Contacto/ Gotícula

MD - Membro Dinamizador

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT – Precauções Básicas dependes da Via de Transmissão

PI – Pessoa Idosa

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção

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

Sr. - Senhor

UCC – Unidade de cuidados na Comunidade

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

WHO – World Health Organization

RESUMO

Portugal vivencia um fenómeno de envelhecimento gradual da população, de acordo com o que tem vindo a acontecer em todo o mundo ocidental. Perante esta realidade, sabe-se que as pessoas idosas são uma grande parcela dos clientes das unidades de saúde, e perante a sua vulnerabilidade e suscetibilidade, ficam expostas a iatrogenias como é o caso das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), muitas destas causadas por microrganismos multirresistentes aos antibióticos, ficando com critério de internamento em isolamento de contacto/ gotícula. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em isolamento de contacto/ gotícula, estão envolvidos de uma grande complexidade, pois requer a fusão da componente científica e relacional.

Desenvolvemos um projeto no serviço de pneumologia de um hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, cujo tema se intitula: “A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si.” Este projeto teve como finalidade: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica, no cuidado em parceria com a pessoa idosa e sua família, nomeadamente na promoção do cuidado de Si em situação de isolamento contacto/ gotícula. Definimos como objetivos: desenvolver competências na prevenção de infeção respiratória associadas aos cuidados de saúde e, na redução das implicações do isolamento na pessoa idosa; contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar, na prevenção e controlo de infeção respiratória associadas aos cuidados de saúde e, nas implicações do isolamento na pessoa idosa.

Metodologia usada foi a de projeto, suportada na investigação- ação. A duração do projeto foi de outubro 2017 a fevereiro de 2018. Este foi suportado pelo modelo conceptual de parceria de Gomes (2016). Os resultados mostraram que o isolamento de contacto gotícula tem grande impacto no projeto de vida e saúde das pessoas idosas. A implicação deste tipo de isolamento interfere com o bem-estar da pessoa com repercussões físicas, psicológicas e sociais.

Concluimos que uma verdadeira intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, que se encontra numa situação de isolamento, é fundamental para fazer face à vulnerabilidade acrescida. É crucial desmistificar mitos e estereótipos que dificultem o cuidado que precisam para manter o seu bem-estar e a sua dignidade.

Palavras-Chave: Pessoa idosa; intervenções de enfermagem; infeção respiratória; isolamento; cuidado de Si.

ABSTRACT

Portugal is undergoing an ageing population phenomenon, according to what has been happening in the western world. It's known that the elderly people are a great parcel of the clients in the health care institutions, and due to their vulnerability and susceptibility, they are exposed to iatrogenic events, namely healthcare-associated infections (IACS). Many of them are caused by multidrug-resistant microorganisms, meeting the criteria of contact isolation/droplet isolation. The nursing care to the elderly in contact isolation/droplet isolation is involved in great complexity, since it requires scientific and relational skills.

We developed a project in a pneumology unit of a hospital in Lisbon, named: "The elderly person with respiratory infection in contact isolation/droplet isolation: nursing interventions that promote the care of the Self". The purpose of this project was the development of specialist competencies in medical-surgical nursing and master competencies, namely in the care in partnership with the elderly and their family, promoting the care of the self in a situation of contact isolation/droplet isolation. We defined as objective the development of competencies in the prevention of respiratory infections associated with health-care and the implications of isolation in the elderly.

The project methodology was used, supported in the investigation-action. The project lasted from October 2017 to February 2018. It was supported by the conceptual Model of Partnership of Gomes (2016). The results showed that the droplet isolation has a huge impact in the life and health project of the elderly. The implications of this kind of isolation interferes with the wellbeing of the person, with physical, psychological and social repercussions.

We concluded that a true intervention in partnership with the elderly person - that is in a situation of isolation - and his family, is needed to face the increased vulnerability that he can present. It's crucial to demystify myths and stereotypes that interfere with the care needed to maintain his quality of life and dignity.

Keywords: elderly person; nursing interventions; respiratory infection; isolation; Care of the Self.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
1.1. Pessoa Idosa com Infecção Respiratória com Necessidade de ICG.....	22
1.2 Intervenções de Enfermagem para Promoção do Cuidado de Si na Pessoa Idosa Hospitalizada e Sujeita a ICG	26
2. METODOLOGIA.....	30
3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	36
3.1 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa no contexto de cuidados diferenciados.....	36
3.1.1. Desenvolver competências na prevenção de infecção respiratória como IACS e implicações do isolamento na pessoa idosa.....	36
3.1.2 Contribuir para o desenvolvimento competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infecção respiratória como IACS e nas implicações do isolamento na pessoa idosa.	42
3.2 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários.....	56
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E IMPLICAÇÃO DO PROJETO PARA A PRÁTICA DESENVOLVIDA.....	60
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: ANÁLISE SWOT.....	
APÊNDICE 2: Guião de Entrevista à PI.....	
APÊNDICE 3: CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES PESSOAS IDOSAS	
APÊNDICE 4: ANÚNCIO APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM	
APÊNDICE 5: APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM.....	
APÊNDICE 6: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE REGISTOS SEGUNDO O MODELO DE PARCERIA	
APÊNDICE 7: ANÚNCIO DA FORMAÇÃO: INDICADORES DE PARCERIA TRADUZIDOS NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	
APÊNDICE 8: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INDICADORES DE PARCERIA TRADUZIDOS NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	
APÊNDICE 9: APRESENTAÇÃO NO V CONGRESSO DOS ENFERMEIROS:.....	
” IMPACTO DO ISOLAMENTO DE CONTACTO/GOTÍCULA NA PI:	
O QUE REVELAM OS REGISTOS DE ENFERMAGEM DA PARCERIA DE CUIDADOS”	
APÊNDICE 10: GUIÃO PARA REFLEXÃO DOS ENFERMEIROS.....	
APÊNDICE 11: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS ENFERMEIROS	

APÊNDICE 12: CATEGORIA E SUB-CATEGORIAS

APÊNDICE 13: APRESENTAÇÃO DE SESSÃO NA UCC SOBRE MRSA.....

INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso académico do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, realizámos um estágio com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e sua Família em situação de doença crónica e crónica agudizada em contexto hospitalar e extra-hospitalar (ESEL, 2017).

O presente relatório explana o percurso realizado durante o estágio com a implementação do projeto subordinado ao tema: “A pessoa idosa (PI) com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula (ICG): Intervenções de enfermagem para promoção do Cuidado de Si”, operacionalizado num serviço de pneumologia no Hospital Y¹, e em contexto da comunidade, numa unidade de cuidados continuados (UCC).

As razões que me levaram à escolha deste percurso formativo tiveram por base motivações pessoais e profissionais e de enquadramento social que passamos a explicar. Por um lado, há 23 anos, que exerço funções como enfermeira e nos últimos 11 anos a desempenhar funções num serviço de Pneumologia, assumindo o papel de membro dinamizador (MD) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) o que nos despertou para a necessidade da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e as suas implicações na pessoa idosa, uma vez que este grupo etário apresenta uma vulnerabilidade acrescida às mesmas.

Por outro lado, o nosso percurso profissional, sempre na área do adulto e idoso, despertou-nos para as necessidades de cuidados de enfermagem especializados que esta população precisa e visto ser uma parcela cada vez maior da nossa população, e com cada vez mais necessidades de saúde, tornou-se pertinente para mim, desenvolver competências nesta área de estudo.

O Mundo está a envelhecer e Portugal vivencia um fenómeno de envelhecimento gradual da população, de acordo com o que tem vindo a acontecer em todo o mundo ocidental. Com a promoção e a educação para a saúde

¹ Neste relatório por motivos de confidencialidade, este hospital será mencionado como: Hospital Y

desenvolvidas por todo o ciclo de vida das pessoas, em que cada vez mais se investe, associada a fatores como o desenvolvimento da medicina e as baixas taxas de natalidade, é espectável que a esperança de vida continue a aumentar, porém com a consequência de as sociedades ficarem cada vez mais envelhecidas.

De acordo com dados da WHO (2005):

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. (WHO, 2005, p. 9).

O envelhecimento populacional trás ganhos para a população em termos do aumento da esperança de vida, mas também trás consigo o aumento de doenças crónicas, o que pode trazer para a pessoa idosa um acréscimo de fragilidade e suscetibilidade e ter implicações que se traduzem no declínio funcional (Gomes, 2016).

Considera-se, portanto, que o envelhecimento é hoje, uma preocupação que abrange várias dimensões, sociocultural, política e do âmbito da saúde. Este facto tem levado a uma maior preocupação por parte das sociedades e das políticas e estratégias de saúde, no sentido de as pessoas envelhecerem de uma forma saudável, pois o envelhecimento não é sinónimo de doença, dependência ou passividade. Contudo, perante esta realidade, deparamo-nos também com o facto de as pessoas necessitarem de mais cuidados de saúde proporcionalmente com o envelhecimento, pela cronicidade e complexidade das doenças assim como pelas incapacidades funcionais (ENEAS, 2017).

Com o avançar da idade, surge o processo de senescência que, sendo um processo normal, implica uma deterioração fisiológica do organismo. Verifica-se com o envelhecimento celular e multiorgânico um aumento da suscetibilidade da pessoa idosa a morbilidades e comorbilidades, pois a própria senescência, não sendo uma doença, diminui a capacidade de o organismo resistir a agressões. (Berger, 1995; Paúl et al, 2012).

Para (Agondi et al, 2012; Jett, 2018), a imunossenescência leva ao aumento da suscetibilidade a doenças infecciosas, sendo esta, também responsável pela origem dos mecanismos biológicos que levam a doenças inflamatórias relacionadas com a idade. Os indivíduos acima dos 60 anos têm o sistema imunológico alterado, pelo que, devem ser tratados “de modo a minimizar as intervenções que possam

comprometer ainda mais as funções efetoras/reguladoras da resposta imune” (Agondi et al, 2012, p.169).

Não obstante o que é referido anteriormente, não se descartam outros fatores de risco como doenças associadas, comorbilidades e desnutrição o que leva a internamentos frequentes nos idosos. Os períodos terminais, em que já existe uma diminuição das defesas do organismo, são muitas vezes passados em internamento. (DGS-PPCIRA, 2016). Podemos daqui concluir que, as IACS na pessoa idosa, estão facilitadas devido a estes processos fisiológicos. Nas instituições de saúde os idosos ficam sujeitos a iatrogenias decorrentes dos cuidados de saúde, relacionados com procedimentos invasivo e terapêutica antibiótica agressiva. Uma dessas iatrogenias está relacionada com infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e implicações que daí advêm.

No primeiro semestre de 2017, Portugal participou no 2.º Inquérito Europeu de Prevalência de Ponto de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde organizado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, donde se obteve uma percentagem de doentes internados com IACS, de 7,8% após validação de dados. (DGS – PPCIRA 2018). Ainda no mesmo relatório é referido que: “Globalmente é possível referir que entre 2013 e 2017 os resultados melhoraram na área do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em Portugal” (DGS – PPCIRA 2018, p.3).

O conhecimento sobre a existência de infeções relacionadas com cuidados de saúde vem desde há milhares de anos, como por exemplo o risco associado a cirurgias, situação que passou a estar mais controlada com o desenvolvimento de antibioterapia. (Wilson, 2003). No entanto, com o uso abusivo de antibióticos, foram-se desenvolvendo estirpes de microrganismos multirresistentes aos antibióticos, situação que vem efetivamente dificultar o tratamento das infeções, acarretando outras implicações como a necessidade de isolamento dos doentes infetados ou colonizados por este tipo de microrganismos. O aumento da morbilidade e mortalidade, o prolongamento do tempo de internamento assim como o aumento dos custos diretos e indiretos estão diretamente relacionados com este tipo de iatrogenia -IACS. (DGS- PPCIRA, 2018)

Dado a este flagelo, que é o grande número de infeções associadas aos cuidados de saúde, é importante referir o papel fundamental, que têm os grupos coordenadores de PPCIRA na prevenção e controlo das mesmas onde as enfermeiras têm um papel preponderante.

A área do controlo de infeção nos cuidados de saúde apresenta-se como uma temática de grande relevância na atualidade merecendo um grande investimento por parte dos profissionais de saúde, com vista à redução das taxas de infeção. Este é um dos objetivos fundamentais do PPCIRA (DGS-PPCIRA, 2016). Ainda a mesma entidade defende que:

“As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são o alicerce das boas práticas clínicas que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS. Devem ser aplicadas em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso. Destinam-se a garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde”. (DGS-PPCIRA, 2016, p.12).

Convergindo estes pontos de interesse, que são os cuidados de enfermagem à pessoa idosa e a sua especial vulnerabilidade à infeção, emergiu o interesse em desenvolver, o cuidado em parceria com a pessoa idosa e sua família, nomeadamente na promoção do cuidado de Si em situação de isolamento por infeção respiratória.

Reportando-me aos níveis de competência de Benner (2001), resultantes da aplicação do modelo de Dreyfus (1980), considero que no início do estágio sentia-me num nível de competente/proficiente devido à idoneidade da minha prática como enfermeira do adulto/ idoso e pela experiência no cuidado ao doente respiratório. Contudo, sentia a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências específicas em determinadas áreas com intuito de me tornar numa enfermeira perita, mobilizando conhecimentos, científicos, técnicos e éticos do cuidado em enfermagem, sendo que este percurso académico surge como facilitador para atingir os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências na prevenção de infeção respiratória como IACS e implicações do isolamento na pessoa idosa;
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infeção respiratória como IACS e nas implicações do isolamento na pessoa idosa;

No desenvolvimento deste projeto foi usada a metodologia de projeto, usando pesquisa, análise e resolução de problemas reais, promovendo uma prática baseada na evidência. (Ruivo et al, 2010), envolvendo como intervenientes a equipa de enfermagem e a PI em ICG, “a própria população destinatária do projecto é envolvida como sujeito activo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade” (Ruivo et al, 2010, p. 5).

Importa referir que, tendo em conta que seguimos um modelo de cuidados de enfermagem centrados no doente, optámos pela conceptualização de cuidados segundo o modelo de Parceria de Gomes (2016), em que damos primazia a uma relação terapêutica de reciprocidade e negociação com o doente, de modo a que este possa participar na tomada de decisão dos seus próprios cuidados. Seguindo esta conduta de parceria, objetivamos perscrutar o sentido e projeto de vida do doente, de forma a desenvolver um cuidado com equidade, capacitando o doente a participar nos seus próprios cuidados com *empowerment*, levando a cabo a concretização do seu projeto de vida e saúde.

O presente relatório de estágio apresenta-se dividido em capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma revisão de literatura alusiva à temática das intervenções de enfermagem à pessoa idosa (PI) com infeção respiratória, com necessidade de isolamento de contacto/ gotícula (ICG), abordando o impacto deste isolamento na PI com algumas repercussões nos cuidados de enfermagem. No segundo capítulo desenvolvida a metodologia utilizada no trabalho de investigação. O terceiro capítulo refere-se às atividades realizadas, as aprendizagens e os resultados alcançados para a aquisição de competências de enfermeira especialista e mestre. O quarto capítulo elenca as competências desenvolvidas, as limitações do projeto, assim como contribuições e as perspetivas de continuidade do projeto. Por último teremos a conclusão do relatório onde é apresentada a súpula de todo o percurso.

A elaboração deste trabalho, assim como as referências bibliográficas, seguiram a norma da American Psychological Association (APA).

1. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será abordada a revisão da literatura efetuada acerca da problemática dos cuidados à pessoa idosa com infecção respiratória com necessidade de isolamento de contacto/ gotícula, assim como as intervenções de enfermagem desenvolvidas no cuidado a estes doentes, alicerçadas no modelo de parceria.

1.1. Pessoa Idosa com Infecção Respiratória com Necessidade de ICG

A História revela-nos que, foi em 1959 que a primeira enfermeira de controlo de infecção foi nomeada. Porém o controlo de infeções e das pestes, já era uma preocupação que se vinha verificando nos hospitais desde Florence Nightingale em 1856, que foi um marco histórico, conferindo o cunho da enfermagem nesta área da ciência. No final do século XIX, Florence Nightingale “utilizava a limpeza, o isolamento, a individualização do cuidado, dieta adequada, diminuição do número de leitos por enfermaria e a diminuição da circulação de pessoas estranhas ao serviço” como forma de prevenir a propagação das infeções (Andrade et al. 1999, p. 493). Estas medidas procuravam preservar a integridade do indivíduo hospitalizado.

Os enfermeiros sempre tiveram um papel fundamental na prevenção e controlo da infecção e manutenção da segurança do cliente, nomeadamente com a implementação das normas de controlo de infecção

Em Portugal, foi criada a Comissão de Controlo da Infecção (CCI) em 1996, de acordo com o estabelecido no artigo 1º do Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23.08.96, publicado no Diário da República nº 246, de 23.10.96, II). Em 2013, os Programas de Controlo da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos uniram-se num só Programa denominado por: Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antibióticos (PPCIRA), considerado como um dos Programas Prioritários da Direção Geral de Saúde (DGS). Estes programas têm por base o que nos refere o Plano Nacional para a segurança do Doente, que visa a partilha do conhecimento e da informação e de intervenção dirigidas a problemas específicos, de modo a tornar os cuidados de saúde mais seguros a todos os níveis, perspetivando a melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020). Um dos objetivos deste plano de segurança, é

prevenir e controlar as infecções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos.

A infecção do trato respiratório, nomeadamente a Pneumonia, continua a ser uma das infecções adquiridas nos cuidados de saúde, mais frequentes na pessoa idosa. Após os 20 anos de idade, o sistema respiratório inicia o seu declínio, embora as alterações anátomo-fisiológicas, nesta etapa da vida, sejam quase que impercetíveis (Jett, 2018). Contudo, quando o ser humano atinge os 65 anos, surgem alterações mais evidentes como, alterações das estruturas anatómicas do tórax e da força muscular que podem afetar significativamente a capacidade de produzir uma tosse eficaz para expelir materiais que se acumulam ou obstruem as vias aéreas (Jett, 2018). Por outro lado, a clearance muco ciliar fica alterada aliada ao facto dos cílios respiratórios estarem menos eficazes, proporcionando condições para infecções respiratórias. Estes fatores podem tornar-se ameaçadores para a vida das pessoas idosas, pois podem ser facilitadores do processo de infecção.

Jett (2018) refere-se a dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC,2015a), que revelam que, a pneumonia e a gripe estão entre a quarta e a sétima principais causas de morte em pessoas com mais de 65 anos. Quanto à etiologia das infecções respiratórias nas pessoas idosas hospitalizadas, é considerada de difícil diagnóstico, pela rapidez com que estes doentes são colonizados sendo um grupo etário que alto risco de bacteriémica e mortalidade (Figueiredo, 2001). Por outro lado, a literatura diz ainda que “Dados americanos têm demonstrado que hospitais que possuem programas efetivos de controle e prevenção de infecção apresentam taxas de pneumonia hospitalar 20% mais baixas que aqueles que não os têm” (Fernandes ,2001, p. 517).

Weinstein, (2017), identifica como fatores que de risco para a pneumonia hospitalar, eventos que aumentam a colonização por possíveis patógenos como por exemplo: tratamento antimicrobiano prévio, contaminação dos circuitos, ou do equipamento do respirador ou redução da acidez gástrica. O mesmo autor, salienta que estes eventos facilitam a aspiração do conteúdo da orofaringe para o interior do trato respiratório inferior, em situações de: intubação, redução do nível de consciência ou a presença de um cateter nasogástrico, reduzindo os mecanismos de defesa pulmonar do hospedeiro e permitindo o crescimento dos patógenos aspirados. Janssens et al. (2004), dizem-nos que os fatores de risco podem ser: idade superior a 65 anos; comorbilidades; aumento da colonização orofaríngea; macro ou

microaspiração; diminuição do transporte muco ciliar; defeitos nos mecanismos de defesa; malnutrição; hospitalização recente; entubação traqueal ou gástrica e mau estado geral. Touhy (2018), chama a atenção para o facto da saúde oro dental ser uma necessidade básica cada vez mais negligenciada, com a idade avançada, o que pode originar doenças como a pneumonia entre outras. O mesmo autor considera que a higiene oral em adultos frágeis no final da vida, facilita a colonização de patógenos respiratórios nas superfícies dos dentes e dentaduras e aumenta o risco de infeções do trato respiratório com risco de vida. Mas, considerando que a etiologia da pneumonia nosocomial não é óbvia, constata-se que pode haver mais do que um fator de risco associados que propiciem o aparecimento da Pneumonia.

Segundo o Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (ONDR): “É particularmente relevante o aumento de internamentos por Pneumonia nos muito idosos, com idade superior a 79 anos, em que o número aumentou 37% nos últimos 10 anos.” (ONDR, 2017, p.36). A Região de Lisboa e Vale do Tejo é a que regista a maior taxa percentual de internamentos por Pneumonia. Ainda neste relatório, é referido que, “a elevada mortalidade, superior a 20% é particularmente relevante, pois ela corresponde a 40% da totalidade de doentes internados falecidos com as patologias respiratórias referidas” (ONDR, 2017, p.36).

As Pneumonias estão subdivididas em dois grandes grupos que são as Pneumonias Adquiridas na Comunidade e as Pneumonias adquiridas nos cuidados hospitalares ou nosocomiais. (Jett, 2018)

A evidência revela, que as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são fundamentais para reduzir a propagação da infeção, nomeadamente em contexto hospitalar. A norma de orientação clínica (NOC 029/2012 - DGS), relativamente à utilização das BPCI refere 10 critérios de suporte à aplicação da mesma que são:

- 1) Colocação de doentes;
- 2) Higiene das mãos;
- 3) Etiqueta respiratória;
- 4) Utilização de Equipamento de Proteção Individual;
- 5) Descontaminação do Equipamento Clínico;
- 6) Controlo Ambiental;
- 7) Manuseamento Seguro da Roupa;
- 8) Recolha Segura de Resíduos;
- 9) Práticas Seguras na Preparação e Administração de Injetáveis;

10) Exposição a Agentes Microbianos no Local de Trabalho.

A norma, refere ainda, que 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 lado, evidencia que em infeções por microrganismos multirresistentes, estão indicadas medidas adicionais como as precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) - (contacto, aérea e gotículas) com necessidade de se proceder ao isolamento dos doentes infetados. Dependendo da via de transmissão dos microrganismos, assim é o tipo de isolamento a cumprir² (DGS/ PNCI, 2019; Rosário, 2019):

- 1) Isolamento de contacto: isolamento de infeções da pele, feridas e/ou secreções. Como o nome indica, a transmissão da infeção faz-se por contacto direto, de pele com pele. Este tipo de microrganismos pode sobreviver em fómites no ambiente circundante do doente. Em situações de colonização por microrganismos multirresistentes, procede-se ao isolamento de contacto enquanto estiver em contexto de unidade de cuidados de saúde. Este isolamento não tem de ser feito estritamente em quarto individual. Usar PBCI.
- 2) Isolamento de Gotículas Respiratórias: isolamento de infeções através de secreções respiratórias por projeção de gotículas-partículas >5µm (micrómetros), pela tosse e/ ou espirros, até 1 metro de distância. Estas gotículas não se deslocam, por serem maiores e mais pesadas não permanecem suspensas no ar. Este isolamento deve ser feito em quarto individual, caso não seja possível, deve preservar-se uma distância superior a 1m, do doente infetado. O isolamento por gotícula, requer isolamento de contacto, pois pode haver colonização da pele do doente ou dos fómites. Usar PBCI, com uso de máscara cirúrgica.

Face ao que foi dito, compreende-se a importância do papel do enfermeiro especialista como elemento dinamizador de boas práticas na prevenção e controlo da infeção nos cuidados de saúde, envolvendo a equipa multidisciplinar. Uma vez que o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que este tem responsabilidades nos domínios da Responsabilidade profissional, ética e legal; da Melhoria contínua da qualidade; da Gestão dos cuidados e do Desenvolvimento

² Relativamente ao nosso projeto referimo-nos apenas ao isolamento de contacto/ gotícula

das aprendizagens profissionais, disposto no Diário da República, 2.^a série-N.º 26- 6 de fevereiro de 2019. Daí que, seja necessário que o enfermeiro assente a sua prática de cuidados em modelos que permitam em parceria com a pessoa idosa - família, promover o bem-estar, conforto e segurança da pessoa idosa que devem estar no centro dos cuidados de enfermagem. (Gomes, 2016).

1.2 Intervenções de Enfermagem para Promoção do Cuidado de Si na Pessoa Idosa Hospitalizada e Sujeita a ICG

Neste ponto abordamos os cuidados de enfermagem em parceria com a Pessoa Idosa hospitalizada, em isolamento de contacto/ gotícula, perspetivando o cuidado de Si, segundo o modelo conceptual de cuidados modelo de Gomes (2016). Reportamo-nos às nossas vivências com este tipo de doentes imbuída pela evidencia científica.

O cerne da profissão de enfermagem continua a ser o cuidado. Ao reportarmos ao termo “cuidar de” encontramos sinónimos como: “zelar por”; “olhar por”; “velar”; “responsabilizar-se por”; entre outros. “Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.” (Collière, 1999, p. 27).

O cuidado de enfermagem à pessoa idosa está dotado de grande complexidade pois tem implícito o conhecimento técnico, conhecimento da pessoa, aliado ao conhecimento científico que está subjacente a esta ciência. Na base da prestação dos cuidados de Enfermagem está o estabelecimento de uma relação com a pessoa cuidada, neste caso a pessoa idosa doente. Esta consiste numa interação entre estas duas pessoas que só é possível através da comunicação, enquanto processo que caracteriza a pessoa como um ser social.

Assim, o modelo de parceria, serviu de fio condutor para dar resposta às intervenções desenvolvidas com estes doentes. Para Gomes (2016), a construção do processo de parceria caracteriza-se por cinco fases: **revelar-se; envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se; assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro**. Desta forma, também a equipa de enfermagem terá

de estar envolvida e motivada para este modelo de cuidados, fomentando uma relação terapêutica e um cuidado centrado no doente em contexto de isolamento. Esta autora considera que a partilha do poder na relação de cuidados em parceria, fomenta o desenvolvimento de autonomia da pessoa idosa promovendo o seu *empowerment* com vista ao seu conforto e bem-estar.

Segundo Gomes (2016), a primeira fase: **Revelar-se**, é constituída por todos os momentos em que, o enfermeiro se dá a conhecer e procura conhecer a pessoa idosa que é cuidada. Nesta fase, é facilitada a integração do doente idoso no contexto de inter-relação social de forma a promover um cuidado mais centrado na singularidade da pessoa idosa, permitindo que esta mantenha o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016). A hospitalização tem grande impacto na qualidade de vida das pessoas idosas, podendo chegar a agravar síndromes geriátricas já existentes e desencadear outros que ainda não estavam presentes. Ora tendo em conta estes pressupostos, associando à necessidade de isolamento, faz com que as implicações do internamento na pessoa idosa possam potenciar as alterações. A situação de isolamento por si só, pode fazer com que o doente idoso se sinta revoltado, muitas vezes, por não compreender a situação de internamento, quando não é devidamente explicada. Importa que, a enfermeira explique ao doente o motivo pelo qual, fica internado em isolamento, afastando ideias erróneas, demonstrando uma atitude compreensiva e promovendo uma comunicação baseada na escuta ativa.

Na segunda fase: **Envolver-se**, define-se pela “criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se.” (Gomes, 2016, p.233). Assim assente neste modelo, nas situações de isolamento o enfermeiro precisa reconhecer e demonstrar ao doente que este continua a ser importante, para além do facto de estar em isolamento, disponibilizando tempo de qualidade para os cuidados e para a comunicação, numa atitude liberta de preconceitos. O isolamento por infeção tem grande impacto físico e psicológico na pessoa idosa, podendo comprometer a recuperação das mesmas (Madeo ,2003; Abad et al, 2010; Guilley- Lerondeau et al., 2016). O enfermeiro precisa promover a partilha de sentimentos de uma forma controlada, de forma a permitir uma relação de proximidade e distanciamento que ajude o Outro (Gomes, 2016). Estes doentes, em isolamento, experienciam sentimentos de: ansiedade, depressão, distúrbios do sono, introspeção, regressões

e alucinações; angústia pela perda da liberdade corporal; angústia da morte; choque pela deterioração física; culpa; despersonalização; abandono e insegurança. (Madeo, 2003; Duarte et al, 2015; Guilley- Lerondeau et al., 2016). Por esta razão, o enfermeiro deve proporcionar o cuidado, mantendo um ambiente seguro a nível do ambiente físico e a nível relacional. Importa por isso que o enfermeiro adapte os cuidados às necessidades do doente numa perspetiva holística, demonstrando que apesar do uso do equipamento de proteção individual (EPI's)- máscara; luvas e bata, evitam-se as barreiras de comunicação/ relação.

A terceira fase: **Capacitar/Possibilitar**: A construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir está patente nesta fase (Gomes, 2016). Assumindo o internamento em isolamento como um acontecimento crítico, importa desmistificar o isolamento e estigma associado. (Madeo, 2003) cita um estudo seu de 2001, em que, descreve relatos de doentes, que por estarem em isolamentos se sentiam como: “sujos e imundos”, porque os médicos e os enfermeiros entravam no quarto de aventais e lhes tocavam com luvas.

Nesta fase, a tomada de decisão de cuidados é baseada no potencial para o cuidado de Si e, é feita de forma combinada, respeitando as necessidades do doente e a sua capacidade para a participação nos cuidados. Manter o vínculo com seu projeto de vida, pode ser facilitado ao manter a sua rede familiar e social, através de visita presencial ou videochamada. A proximidade com essa rede através de fotografias, desenhos ou jornal de parede, são outras hipóteses.

Na quarta fase: **Comprometer-se**, consiste no desenvolvimento de esforços conjuntos, para atingir objetivos previamente estabelecidos, de modo a manter o projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa em situação de isolamento. (Gomes, 2016). São várias as situações que podem ajudar a manter a dignidade e projeto de vida do doente idoso. Importa que, para isso o enfermeiro assuma o que negocia com o doente, como por exemplo a possibilidade do uso de roupas pessoais; telemóvel; computador pessoal; rádio, etc. Deve informar o doente que quando toca a campainha, inicialmente atende por intercomunicador para ter conhecimento qual a sua necessidade, mas entrará no quarto assim que colocar os EPI's. Estas são algumas das intervenções que podem ser desenvolvidas, para que o doente não se sinta negligenciado, mantendo o compromisso inicial. A literatura revela que, a frequência no atendimento e, o tempo de permanência dos profissionais de saúde, junto dos doentes em isolamento é menor relativamente ao despendido com doentes

que não estão isolados (Tyler 1997; Madeo 2003; Abad et al 2010; Mendoza et al.2015; Guilley- Lerondeau et al.2016), ficando assim, comprometida a qualidade dos cuidados aos doentes isolados.

Na quinta fase: **Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro**, pretende-se que o doente consiga encontrar bem-estar no processo de transição saúde/ doença, assumindo o controlo da sua situação no contexto de isolamento. Por outro lado, a enfermeira de referência assume o cuidado do “outro”, quando este não tem capacidade, procurando envolver as pessoas significativas, capacitando-as para esse cuidado. Esta fase tem grande ponderação para a continuidade de cuidados após a alta.

Plowman et al. (1999), revelam-nos os resultados de um estudo efetuado que avaliou o nível de saúde dos doentes após o internamento, onde os parâmetros avaliados foram a saúde física, social emocional e mental. Este concluiu que os doentes que tinham contraído uma infeção durante o internamento tinham níveis significativamente mais baixos nesses parâmetros, principalmente quando após a alta ainda tinham sintomas de infeção (Wilson ,2003).

Tarzi et al (2001) investigaram o impacto da hospitalização e isolamento do MRSA no funcionamento psicológico dos idosos, onde salientaram os custos emocionais associados ao isolamento como significativos, além dos que estavam já relacionados com a própria hospitalização (Gammon e Hunt, 2018). Ainda os mesmos

autores, referem-se a um estudo de Gammon (1998), onde este conclui que os doentes colocados em isolamento demonstraram sentimentos de ansiedade e depressão, significativamente mais elevados do que os pacientes hospitalizados que não eram isolados, enquanto que, a sua auto-estima e autocontrolo eram significativamente menores. (Gammon e Hunt, 2018) concluem que, o isolamento envolve sérios impactos na saúde, bem-estar e liberdade do paciente.

Posto isto, acompanhou-nos neste projeto, a preocupação de compreendermos a complexidade da prestação de cuidados no âmbito do isolamento da pessoa idosa, perspetivando encontrar estratégias de melhoria continua dos cuidados a estes doentes, de forma a minimizar este tipo de impacto na pessoa, de modo a que possa sentir bem-estar e assumir o cuidado de Si, prosseguindo com o seu projeto de vida.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo descrevemos a metodologia utilizada para a realização do projeto de estágio, que me proporcionou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre nos cuidados à Pessoa Idosa.

Consideramos o disposto no Regulamento n.º 140/2019 publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro, relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

“enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (p. 4744). O mesmo regulamento, declara que:

“as designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem,”(p. 4744).

No que respeita aos cuidados especializados à pessoa idosa, as competências do enfermeiro especialista centram-se em cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e/ou crónica agudizada e sua família, em contexto intra-hospitalar e extra-hospitalar na área de enfermagem médico-cirúrgica. (ESEL, 2017).

Quando fazemos uma análise reflexiva das nossas competências, surgem-nos vários conceitos que se inter-relacionam e que, abrangem a esfera profissional e pessoal. Se nos reportarmos ao conceito de competência, “é possível encontrar consensos quanto às principais características da competência – é um saber em uso (orientado para a ação), constituída por diferentes elementos, pluridimensional, complexa, dinâmica e interativa, de natureza combinatória, transferível e mobilizável para contextos distintos.” (Sá & Paixão, 2013, p.107-108). Como tal, o enfermeiro enquanto mestre, desenvolve competências de: análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem; Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas

de saúde ; análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; aplicação do conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica. (ESEL, 2014).

Ainda, segundo o Artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março,

“o grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

Posto isto, para desenvolvermos as competências supracitadas ao longo do estágio respeitante aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, no contexto intra-hospitalar e extra-hospitalar, usámos a metodologia de projeto, usando pesquisa, análise e resolução de problemas reais, promovendo uma prática baseada na evidência. (Ruivo et al, 2010), contemplando cinco etapas: **diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; divulgação de resultados.**

No que respeita ao estágio intra-hospitalar, desenvolvido num serviço de pneumologia, o **diagnóstico de situação** foi o ponto de partida para o desencadear de todo este processo, tendo como etapa facilitadora, a unidade curricular de Opção II que decorreu no 2º semestre deste curso de mestrado. Nesta unidade curricular foi-nos colocado o desafio de construirmos um projeto que suportou o estágio desenvolvido.

O facto de estarmos ligadas ao programa de prevenção e controlo de infeção e resistência de antimicrobianos, como membros dinamizadores de um grupo coordenador local, foi a força motriz para levar a cabo este projeto e fez com que já possuíssemos um olhar crítico para questões que envolviam esta problemática. Nesta sequência, realizámos consulta dos resultados das auditorias das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), realizadas no serviço de pneumologia onde decorreu o estágio. Tivemos oportunidade de observar o *modus* de atuação na *práxis* de

enfermagem, no sentido de procurar identificar como esta equipa desenvolvia as suas intervenções com as pessoas idosas internadas em regime de isolamento de contacto/gotícula, perscrutando se a parceria dos cuidados estava ou não presente na sua atuação. Era importante para nós, nesta fase, entendermos de que forma esta equipa de enfermagem envolvia a pessoa idosa no seu próprio cuidado, ou asseguravam o cuidado do outro, mas centrando os cuidados no doente, respeitando o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016). Assim, fomos auscultando informalmente as pessoas idosas quanto ao seu bem-estar e à sua satisfação em relação ao internamento em isolamento. Em jeito de leitura flutuante, fomos indagando qual a dimensão dos registos de enfermagem que eram realizados de forma a explicar as atividades desenvolvidas. Realizámos também uma análise *SWOT* (apêndice 1) para estruturar melhor o cenário da realidade que pretendíamos estudar, conhecendo as oportunidades, as forças, as fraquezas e as ameaças do contexto a estudar. Constatámos que neste serviço existia uma baixa eficiência na adesão às PBCI e medidas adicionais perante situações de isolamento de contacto e gotícula, no contexto de infeções respiratórias da pessoa idosa por agentes multirresistentes, percecionadas por resultados de auditorias realizadas anteriormente (NOC nº 029/2012). Por outro lado, no que diz respeito à eficácia do “atendimento” à pessoa idosa em isolamento, subjacente aos constrangimentos inerentes ao isolamento e à necessidade de utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), denotavam-se dificuldades nos enfermeiros do serviço, em centrar o cuidado no doente. Após este diagnóstico da situação. Definimos os objetivos gerais e específicos e o planeamento das atividades, tendo em conta os dois contextos de estágio que apresentamos de seguida em tabelas:

OBJETIVO GERAL (1): Desenvolver competências na prevenção de infeção respiratória como IACS e implicações do isolamento na pessoa idosa

Objetivo Específico	Atividades / Estratégias	Indicadores
<p>a) Aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção respiratória nosocomial e implicações do isolamento por infeção na pessoa idosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão <i>scoping</i>: implicações do isolamento por infeção na pessoa idosa ✓ Revisão narrativa da literatura sobre o processo de envelhecimento; problemática da infeção nosocomial; transmissão da infeção respiratória em contexto hospitalar ✓ Atualização conhecimentos/ procedimentos sobre a temática, junto do GCL-PPCIRA ✓ Reuniões de orientação tutorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de conhecimentos existentes e adquiridos • Reflexão sobre aprendizagens e sua aplicabilidade • Registo sobre aprendizagens adquiridas e do trabalho de campo
<p>b) Intervir como enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção respiratória nosocomial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta de normas de procedimento geral atualizadas sobre a temática em questão; ✓ Integração em atividades desenvolvidas pelo GCL-PPCIRA no âmbito deste projeto – auditorias das PBCI; ✓ Utilização de grelhas de observação das práticas no âmbito desta problemática; ✓ Reuniões com enfermeira orientadora de estágio e equipa de enfermagem para análise reflexiva das práticas; ✓ Integrar projeto de investigação na UI&DE sobre prevenção e controlo da infeção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Norma revista e aprovada pelo PPCIRA • Identificação de recursos para a implementação do projeto • Reflexão sobre as aprendizagens e respetivo registo
<p>c) Identificar o impacto do isolamento de contacto/gotícula na pessoa idosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da Pessoa Idosa com infeção respiratória com base no processo de parceria, incluindo avaliação e conhecimento da pessoa idosa em isolamento, dos seus mitos e crenças, assim como do seu projeto de vida e a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, com recurso a escalas que se julguem pertinentes; ✓ Entrevistas inicial à PI, para conhecer a sua singularidade e perceber o impacto que o isolamento tem na sua vida; os seus receios, mitos associados ao fato de ter uma doença que exige isolamento; ✓ Análise de conteúdo e registo de conclusões ✓ Elaboração de plano de cuidados centrados na pessoa idosa em isolamento por infeção, envolvendo a equipa e família fomentando o cuidado de si / do outro; ✓ Realização de estudo de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de plano de cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa em isolamento por infeção, envolvendo a equipa e família promovendo o cuidado de si / do outro; • Estudo de caso

OBJETIVO GERAL (2): Contribuir para o desenvolvimento competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infeção respiratória como IACS e nas implicações do isolamento na pessoa idosa

Objetivo Específico	Atividades / Estratégia	Indicadores
<p>a) Identificar as intervenções de enfermagem, que promovem o cuidado de si na pessoa idosa em situação de isolamento de contacto/ gotícula</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do projeto à equipa / reflexão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em isolamento e validar a capacitação da mesma para a implementação das 5 fases do processo de parceria; ✓ Formação da equipa no âmbito das necessidades detetadas; ✓ Criação de instrumento de pesquisa de indicadores de parceria nos registos de enfermagem; ✓ Analisar os registos de enfermagem, tendo em conta os indicadores do modelo de parceria, no sentido de perceber como eles refletem as fases que permitem operacionalizar este modelo de cuidados; ✓ Identificar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados, promovendo o cuidado de si em situações de isolamento da pessoa idosa/família; ✓ Apresentação dos resultados da investigação à equipa de enfermagem; ✓ Produção de artigos científicos e participação em encontros científicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de resultados da pesquisa; • Qualidade dos registos de enfermagem; • Registos informáticos vs escrita sensível; • Inclusão de alguns Diagnósticos/intervenções de enfermagem no sistema clínico (S clínico) que permitam conhecer a pessoa idosa em isolamento e melhorar as intervenções promotoras do cuidado de Si • Reflexão sobre os resultados obtidos
<p>b) Identificar crenças e mitos da equipa de enfermagem acerca do isolamento da pessoa idosa por infeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrar projeto de investigação na UI&DE sobre prevenção e controlo da infeção; ✓ Realização de guião de reflexão para os enfermeiros, baseado no ciclo de Gibbs. ✓ Análise de conteúdo das reflexões dos enfermeiros; ✓ Sensibilização da equipa, sobre o impacto do isolamento na pessoa idosa e seus familiares, visando o processo de parceria; ✓ Implementação de intervenções de enfermagem que promovem o cuidado de Si, na pessoa idosa em situação de isolamento de contacto/ gotícula; ✓ Apresentação dos resultados da investigação à equipa de enfermagem; ✓ Produção de artigos científicos e participação em encontros científicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observação de intervenções utilizadas pela equipa para reduzir o impacto negativo do isolamento • Mudança de práticas de cuidados de enfermagem, na ótica dos participantes investigadores e restante equipa de saúde; • Reflexão sobre os resultados obtidos.

OBJETIVO GERAL (3): Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com infeção respiratória, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário

Objetivo Específico	Atividades / Estratégias	Indicadores
b) Intervir em parceria com a PI com doença crónica, no seu contexto familiar, nomeadamente com infeção respiratória nosocomial/ iatrogénica, de forma a promover o cuidado de Si.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização de conhecimentos já adquiridos no âmbito do controlo de infeção para os cuidados à Pessoa Idosa na comunidade; ✓ Prestação de cuidados à pessoa idosa no seu domicílio com base no modelo de parceria (Gomes,2016); ✓ Avaliação da Pessoa Idosa com infeção respiratória com base no processo de parceria, incluindo avaliação e conhecimento da pessoa idosa e sua avaliação multidimensional, com recurso a escalas que se julguem pertinentes; ✓ Realização de educação para a saúde no âmbito do controlo de infeção (isolamento respiratório em casa) dando primazia à informação verbal; ✓ Planear os cuidados à PI de acordo com o seu contexto de vida, sua dimensão bio-psico-social e cultural; ✓ Reuniões com a enfermeira orientadora da UCC para delinear o plano de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das aprendizagens em contexto domiciliário; • Registos em consonância com uma prática reflexiva;

OBJETIVO GERAL (4): Sensibilizar a Equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da infeção respiratória da Pessoa Idosa em contexto domiciliário

Objetivo Específico	Atividades / Estratégias	Indicadores
a) Desenvolver estratégias com a equipa de enfermagem da UCC, para a prevenção e controlo de infeção respiratória num processo de parceria com a PI e sua família	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de dúvidas da equipa no âmbito da problemática do controlo de infeção; ✓ Realização de sessões de esclarecimento acerca de PBCI em contexto domiciliário, se for identificada essa necessidade pela equipa; ✓ Elaboração de um folheto esclarecedor sobre a infeção/ colonização por MRSA; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das aprendizagens em contexto domiciliário; • Realização de 1 sessão de esclarecimento acerca de PBCI para à equipa de ECCI; • Registos em consonância com uma prática reflexiva.

No capítulo que se segue, passaremos a descrever as atividades desenvolvidas e as aprendizagens realizadas na fase da implementação do projeto.

3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do estágio, decorreu entre dois contextos de cuidados de saúde à pessoa idosa em cuidados de saúde diferenciados e primários. O estágio que realizámos no âmbito dos cuidados intra-hospitalares à pessoa idosa desenvolveu-se num serviço de pneumologia composto por uma ala de enfermaria e outra de quartos de isolamento respiratório, acontecendo de 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018, com interrupção do mês de novembro, data do estágio numa unidade de cuidados continuados integrados na comunidade (UCC). Ambas as unidades de saúde se situavam na grande área de Lisboa e Vale do Tejo. Assim, as atividades realizadas nestas duas realidades serão abordadas separadamente.

3.1 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa no contexto de cuidados diferenciados

Neste contexto foi possível desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre, espelhadas em atividades que tiveram como fio condutor, uma relação de parceria com a pessoa idosa, em isolamento de contacto/ gotícula, e sua família. As atividades realizadas serão descritas, sequencialmente de acordo com os objetivos gerais /específicos estabelecidos no projeto.

3.1.1. Desenvolver competências na prevenção de infeção respiratória como IACS e implicações do isolamento na pessoa idosa

De modo a obtermos mais conhecimento acerca do tema do projeto: “A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si”, começámos por realizar uma revisão narrativa da literatura, seguindo os princípios da revisão *scoping*, em busca da melhor e mais recente evidência científica. Baseámo-nos na mnemónica **PPC**:

Quais as Intervenções de enfermagem desenvolvidas (Conceito), com as Pessoas Idosas (População) em Isolamento de contacto/gotícula (Contexto), segundo o protocolo de Joanna Briggs Institute (2015).

Foram definidas as palavras-chave associadas em linguagem natural, constatámos que estas palavras chave eram apropriadas à pesquisa efetuada. Os termos de indexação utilizados foram: pessoa idosa (superior a 65 anos), intervenções de enfermagem; isolamento.

Tendo em conta as palavras chave e os termos de indexação desenvolvemos uma segunda pesquisa recorrendo a base de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a ferramenta Google Scholar (literatura cinzenta). Foram ainda consultadas teses de mestrado e revistas científicas na biblioteca virtual da ESEL. Foram usados os operadores booleanos “OR” e “AND” com o sentido de limitar ou expandir mais a pesquisa.

A pesquisa bibliográfica foi iniciada em junho de 2017, prolongando-se ao longo da elaboração do projeto e estágio. A seleção dos artigos foi balizada para o intervalo de 2010 a 2017 e para texto completo em idioma português ou inglês. Contudo recentemente a pesquisa foi refinada até 2019.

Com esta pesquisa conseguimos dar resposta ao nosso primeiro objetivo específico. **Aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção respiratória nosocomial e implicações do isolamento por infeção na pessoa idosa.** Contudo, não encontrámos muita bibliografia com este tema em concreto, por outro lado, nalguns dos artigos encontrados, os autores apoiavam-se em referências comuns, o que nos leva a concluir que, será uma área da literatura que ainda necessita de aprofundamento.

Da revisão bibliográfica conseguida nesta temática, concluímos que se verifica um grande impacto na pessoa submetida a isolamento por infeção, “embora poucos contestem a necessidade de tais práticas na prevenção da disseminação de infeções transmissíveis, as perspetivas de isolamento dos pacientes sugerem que o ambiente imposto cria barreiras às suas necessidades físicas, sociais e emocionais” (Gammon & Hunt, 2018, p.88). Os mesmos autores definem o isolamento, como uma situação que envolve sérios impactos na saúde, bem-estar e liberdade do doente. O facto da pessoa se sentir confinada a um espaço limitado, já é por si, motivo de alteração na

sua dinâmica pessoal e social, desencadeando muitas vezes sentimentos negativos. (Duarte T. et al 2015; Guilley- Lerondeau B et al. 2016). Por outro lado, estudos realizados, demonstram que os doentes não demonstravam pior nível de satisfação por estarem isolados, mas observavam uma menor capacidade de resposta no atendimento por parte dos profissionais de saúde (Lupi3n-Mendoza et al.,2015). A literatura revela-nos ainda que, o tempo de perman3ncia dos profissionais de sa3de 3 mais breve junto dos doentes em isolamento, relativamente ao tempo despendido com doentes que n3o est3o isolados (Madeo 2003; Abad et al 2010; Lupi3n-Mendoza et al.2015; Guilley- Lerondeau et al.2016).

Os dados fornecidos pela evid3ncia cient3fica, transportam-nos para a grande necessidade de colmatar estas necessidades manifestadas pelos doentes em isolamento. Como modelo concetual de cuidados, seguimos ao longo deste projeto o modelo de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2016). Os cuidados centrados na pessoa idosa e o respeito pelo seu projeto de vida e sa3de, mantendo a sua integridade e dignidade, foram facilitadores neste percurso, com o fim de satisfazer as necessidades manifestadas pela pessoa idosa, no sentido de restabelecer o seu bem-estar e seguran3a.

Por outro lado, n3o faria sentido este percurso sem outros conhecimentos da *pr3xis*, pelo que, sentimos necessidade de rever normas de orienta33o cl3nica emanadas pelo Grupo de Coordena33o Local -do Programa de Preven33o e Controlo de Infe33o e de Resist3ncia aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA) e pela Dire33o Geral de Sa3de (DGS) - PPCIRA, como o foi o caso da Norma de Orienta33o Cl3nica (NOC) da DGS 029/2012 incluindo a estrat3gia multimodal e medidas adicionais, como as Precau33es B3sicas segundo as Vias de Transmiss3o (PBVT). Estes conhecimentos ajudaram-nos na resposta ao nosso segundo objetivo espec3fico: **Intervir como enfermeiro especialista na preven33o e controlo da infe33o respirat3ria nosocomial**, convertendo-se na aquisi33o e desenvolvimento de compet3ncias no dom3nio da tomada de decis3o cl3nica, assim como do ju3zo cl3nico. Foram realizadas periodicamente, reuni3es com enfermeira orientadora de est3gio e equipa de enfermagem para an3lise reflexiva das pr3ticas, tendo em conta o diagn3stico de situa33o feito *a priori*.

A orienta33o tutorial realizada pela professora orientadora e pela enfermeira especialista do contexto, que foram conduzindo o est3gio, tiveram um papel

fundamental, pois uma das modalidades da supervisão, é predominantemente formativa, tornando-se estimulante para o desenvolvimento das aprendizagens das pessoas e instituições (Alarcão & Canha, 2013).

Para dar resposta ao terceiro objetivo específico: **Identificar o impacto do isolamento de contacto/ gotícula na pessoa idosa**, desenvolvemos atividades que nos levaram ao conhecimento da pessoa idosa internada em isolamento. O processo de conhecimento da pessoa idosa está implícito na prática de enfermagem, contudo é através duma prática reflexiva que tomamos consciência das nossas intervenções, e até que ponto estão a dar resposta às necessidades da pessoa que é alvo do cuidado.

Estabelecemos como atividade a desenvolver, entrevistas em profundidade à pessoa idosa em isolamento. Foi elaborado um guião de entrevista com 5 perguntas abertas (Apêndice 1). O doente assinou, consentimento informado (Apêndice 2), para a utilização da informação, no desenvolvimento deste projeto, estando garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos. Esta entrevista visa a melhoria da qualidade de cuidados ao doente em isolamento de contacto/ gotícula, viabilizando a prática de um cuidado em parceria e a promoção do cuidado de Si. Foi obtida autorização do conselho de administração e da comissão de ética do hospital Y para a realização destas entrevistas, após termos pedido autorização e parecer a estas entidades. Também a direção do serviço de pneumologia, Sr^a Enfermeira Chefe e Sr. Diretor de serviço, autorizaram o desenvolvimento deste projeto.

Não obstante a relevância deste estudo, realizámos apenas uma entrevista, pois foi a única situação em que estavam reunidos os critérios de inclusão: Pessoa com mais de 65 anos; internada em isolamento de contacto/ gotícula; com capacidade para responder a questões verbalmente e que estivessem internadas há pelo menos 3 dias em isolamento. Apesar das respostas desta pessoa serem providas de todo o interesse para este estudo e corroborassem muita da informação que está disponível na literatura, em termos de resultados não podem ser generalizados. Contudo, o conhecimento que obtivemos acerca da história deste doente e a sua reação ao internamento em isolamento, conduziu-nos a frações da sua história de vida e o modo como tem vivenciado a transição saúde - doença, conhecendo os fatores presentes nesta transição (Meleis, 2010). Optámos por realizar um estudo de caso, que foi efetivamente um fator facilitador para o desencadear de todo este processo. Foi

importante, a tomada de consciência da existência de uma relação de parceria. Da nossa experiência de cuidados a pessoas idosas, em isolamento, concluímos que mobilizamos a parceria neste tipo de cuidados, no entanto é agora com competências de enfermeira especialista e com conhecimento científico mais desenvolvido, que organizámos e conceptualizámos este cuidado. Apoiámo-nos no modelo de parceria de Gomes (2016), contemplando as suas cinco fases, de modo a estruturar os cuidados e organizar a informação obtida. Foi nossa preocupação promover ação conjunta, onde está manifesta a preocupação em partilhar significados da experiência que levem à definição de objetivos comuns, conferindo sentido na ação com o doente idoso, quando este tem capacidade de autonomia (Gomes, 2016). O processo de cuidados, tem sido o reflexo desta interação e negociação de cuidados, objetivando o sentido que o doente dá à sua ação, à sua existência e ao seu projeto de vida e saúde.

A colheita de dados realizada teve como fontes vários contextos, que abraçam o todo deste doente e o tornam como indivíduo único. Para além da entrevista ao doente, foram surgindo algumas conversas durante a prestação de cuidados, que nos faziam revelar-nos reciprocamente. É da competência do enfermeiro saber triar a informação que pode ter um caráter terapêutico, de entre uma conversa, aparentemente trivial com o doente, “é, exatamente o que se passa em situações de cuidados, onde toda a espécie de informações podem ser respigadas no decurso de diferentes actividades, abrindo caminho à possibilidade de recolher outras de maneira mais deliberada”(Collière, 1999, p.296) . A autora refere-se aqui, a entrevista não diretiva, em que a enfermeira ao cuidar do doente aceita todas as pistas que o doente lhe expressa no diálogo, “aproveitando” e investigando toda a informação que este deixa transparecer. Ou seja, as competências comunicacionais como enfermeira, permitem-nos desvendar o que está implícito na comunicação verbal e não verbal do doente, desconstruído, de certa forma, a intersubjetividade da comunicação. A compreensão da mensagem, emitida pelo doente, melhorou proporcionalmente com o conhecimento do seu contexto pessoal, familiar e sociocultural. A avaliação multidimensional complementou este processo, com a utilização de escalas de avaliação, podendo assim adaptar melhor o cuidado ao Sr. V. Foi avaliada a escala de Braden , do risco de úlcera de pressão que este doente apresentava à entrada no hospital, apresentava um *SCORE* de 21, comparativamente à data da alta que era de 18, embora se mantivesse num baixo risco de úlcera de pressão , este aumentou em 3 pontos. A escala de Morse, que nos indica o risco de queda, foi calculada para um valor de 35

à entrada e um valor de 65 no dia da alta. Relativamente à avaliação do grau de dependência para a realização das atividades de vida diárias, à entrada no internamento apresentava um score de 130 em comparação com 70 na escala de Barthel modificada, escala numérica de Dor revelou-nos que o doente se manteve sem dor durante o internamento.; Os resultados da escala de Glasgow demonstram-nos que o Sr. V. manteve o seu estado de consciência num *SCORE* de 15. Destes resultados de avaliação multidimensional, concluímos que com o internamento houve um aumento do nível de dependência física assim como um aumento do risco de adventos iatrogénicos e de comorbilidades. Segundo (Cabete, 2005), os idosos com mais de 75 anos, após um internamento hospitalar têm um declínio na capacidade para realizar as suas atividades de vida, a curto prazo.

Por outro lado, o facto de ser a enfermeira responsável pelo seu processo de cuidados, permitiu que também abrisse caminho para uma confiança mútua, privilegiando o envolvimento entre as duas partes facilitando a relação terapêutica. O doente a que me refiro, que chamei de SR. V. estava parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, tendo perdido alguma da sua capacidade para a independência. Foi importante a presença da enfermeira na realização dos seus cuidados de higiene e conforto, pois apesar desta não o substituir no cuidado de SI, foi realizada uma capacitação do mesmo para a realização destas atividades, transmitindo-lhe segurança, quando este perdia o ânimo para continuar: “queria estar mais em movimento, mas não me sinto em condições para andar. Agora levantei-me para fazer a barba, era para fazer hoje de manhã, mas não fiz. Não me sinto bem, começo a olhar para mim- para o espelho- e disse: não és tu!” (sr. V.). Neste processo foi envolvida a família, esposa e filho que faziam parte do seu núcleo familiar, fazendo sentido sensibilizá-los para o cuidado do Outro. O SR. V. não apreciava a comida do hospital, pelo que foi possibilitado à família trazer comida da sua preferência.

Usava as suas roupas pessoais (pijamas), referindo sentir-se melhor com estas vestes. Para tal, foi adaptada a hora de visita para este doente poder ter a presença do filho e esposa em simultâneo, pois também a esposa era doente e idosa e com dificuldade em deslocar-se, “...a minha mulher- coitada, que sofre intensamente e que ela precisa da minha ajuda e isso deixa-me de alguma forma, um pouco condicionado ao meu estado de saúde (...)estou sempre com o pensamento nela! Se tomou os comprimidos?!” (SR. V.)

O Sr. V. tinha o grande desejo de voltar a casa, “gostava efetivamente de sair, já...nem sei há quanto tempo estou aqui! Mas penso que já estou há mais de 2 meses” (SR. V.). Teve alta clínica, encaminhado para os cuidados de saúde na comunidade, pois um dos seus projetos de vida era voltar a sua casa. O SR: V. veio a falecer algumas semanas mais tarde em sua casa no seio familiar.

3.1.2 Contribuir para o desenvolvimento competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infeção respiratória como IACS e nas implicações do isolamento na pessoa idosa.

Foi importante nesta fase do projeto, dar a conhecer à equipa de enfermagem o projeto que iria desenvolver naquele serviço. Após ter sido apresentado o projeto em reunião, à Sra. Enfermeira Chefe de serviço e à Sra. Enfermeira Orientadora clínica do estágio, foi agendada a apresentação em sala de reuniões para toda a equipa de enfermagem, de modo que ficassem a conhecer o percurso que iríamos desenvolver naquele serviço (Apêndices 4 e 5). Também foi durante este momento formativo que foi referida a importância da participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento deste projeto. O projeto despertou o interesse da equipa, suscitando à partida, manifestações de algumas dificuldades relacionadas com o cuidar de doentes em isolamento. Em relação ao processo de cuidados em parceria e as intervenções de enfermagem promotoras do cuidado de Si, também foi motivo de interesse para a equipa, pois nem todos os elementos tinham conhecimento deste modelo de cuidados.

Na base da prestação dos cuidados de Enfermagem está o estabelecimento de uma relação com a pessoa cuidada, neste caso a pessoa idosa doente. Esta consiste numa interação entre estas duas pessoas que só é possível através da comunicação, enquanto processo que caracteriza a pessoa como um ser social. Deste modo, comunicar faz parte do quotidiano dos enfermeiros, pelo que é reconhecido e considerado como um dos elementos de competência essenciais de um bom profissional. A comunicação não deve ser vista enquanto fim, mas um meio para atingir esse fim, que é o cuidar e é fundamental questionar como a desenvolvemos com as pessoas idosas sujeitas a ICG. Pelo que desenvolvemos um estudo integrado no estudo desenvolvido sobre a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, UIDE em que colocamos as seguintes questões de investigação:

Quais as intervenções que os enfermeiros do serviço de pneumologia desenvolvem para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em situação de isolamento de contacto/ gotícula?” E qual o impacto do ICG na pessoa idosa, pela perspetiva dos enfermeiros?

Para dar resposta a estas questões traçámos os seguintes objetivos:

Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação de ICG e Identificar o impacto do ICG na pessoa idosa, pela perspetiva dos enfermeiros.

Foram assegurados os princípios éticos, autorização da instituição e da comissão de ética, consentimento informado e esclarecido dos participantes e, quando adequado, pois, no caso do estudo retrospectivo tal não foi possível, mas foi garantida a anonimização dos dados colhidos e garantida a privacidade e confidencialidade.

Com o intuito de desenvolver competências na equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção e controlo de infeção respiratória como IACS, a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo foi a de investigação ação.

Assim, houve numa primeira fase do estudo, a intenção de perceber quais os indicadores que demonstravam haver **intervenções de enfermagem promotoras do cuidado de Si na pessoa idosa em situação de isolamento de contacto/ gotícula plasmadas** nos registos de enfermagem. É fundamental que esteja registado o conhecimento que há da pessoa e sua saúde/doença e que as intervenções de enfermagem demonstrem a promoção do cuidado de Si.

Assim analisámos os registos de enfermagem, tendo em conta os indicadores do modelo de parceria, no sentido de perceber como eles refletiam as fases que permitem operacionalizar este modelo de cuidados. Por outro lado, procurámos, também, identificar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados, que eram indicadores de promover o cuidado de Si em situações de isolamento da pessoa idosa/família.

Para operacionalizar este estudo, obtivemos a colaboração dos enfermeiros do GCL-PPCIRA do hospital Y, que nos permitiram o acesso às tabelas da *line list* do serviço de pneumologia, onde constam todos os casos de infeção a agentes multirresistentes. Foram analisados de forma retrospectiva, todos os processos desde dezembro de 2016 a fevereiro de 2018. Os critérios de inclusão foram: pessoas com 65

(ou mais) anos; doentes infetados/ colonizados por microrganismos multirresistentes; com o diagnóstico de infeção respiratória e sujeitos a isolamento de contacto/gotícula dentro deste intervalo de tempo. Foi obtida uma amostra de 9 processos a analisar.

Como Instrumentos de colheita de dados, criámos uma grelha de observação dos registos, baseada nos indicadores de parceria do modelo de Gomes (2016). (apêndice 6), onde estão descritos os resultados em frequência.

Foi efetuada a análise de conteúdo por frequência, segundo (Bardin, 2016).

Como resultados, destacamos que, relativamente às cinco fases do modelo de parceria: revelar-se (1^a); envolver-se (2^a); capacitar/possibilitar (3^a); comprometer-se (4^a); assegurar o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro(5^a), constatámos que na 1^a e 2^a fase onde a enfermeira e o doente se dão a conhecer e estabelecem uma relação de confiança, é dada importância às necessidades biológicas, mas o contexto social e psicológico, assim como a desmistificação do isolamento não é tão enfatizado. Na 3^a fase o vínculo do doente com o seu projeto de vida não é registado. Na 4^a fase, não se encontram registos do compromisso efetuado com a pessoa idosa, para manter o seu projeto de vida de acordo com os objetivos negociados entre as partes. Na 5^a fase, o resultado das intervenções para promover o cuidado de si e bem-estar também não são alvo de registo. A ausência do registo destas intervenções podem dificultar o cuidado centrado na pessoa idosa, pois condiciona a uma dificuldade na continuidade dos cuidados.

Como conclusões, observámos que as intervenções de enfermagem baseadas num cuidado em parceria com a pessoa idosa em isolamento, podem ajudar a reduzir o impacto provocado por este. Este modelo de cuidados promove a gestão do projeto de vida/ saúde e capacita a família assegurando um cuidado personalizado ao seu familiar indo ao encontro do seu quotidiano de vida.

A excelência do cuidado de enfermagem está intimamente relacionada com a visibilidade das intervenções realizadas, facilitando o processo de cuidados e continuidade dos mesmos. É fundamental sensibilizar os enfermeiros para a importância dos registos.

Posteriormente, foram apresentados os resultados à equipa de enfermagem (apêndices 7 e 8). A sessão foi bastante interativa, gerando contributos para alterar procedimentos, como, a inclusão de alguns diagnósticos/intervenções de enfermagem

disponíveis no sistema clínico (S clínico) que permitam conhecer a pessoa idosa em isolamento e melhorar as intervenções promotoras do cuidado de Si. Ainda, a referir que, existe a possibilidade de complementar o registo informático, através de notas associadas ou notas gerais, como escrita livre, realizada de uma forma mais sensível e criativa.

Tivemos oportunidade de apresentar este estudo no congresso científico da Ordem dos Enfermeiros: “V Congresso dos Enfermeiros – Cuidamos do Futuro” (apêndice 9). Esta experiência foi reveladora de algumas competências de enfermeira especialista nos domínios da Melhoria Contínua da Qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Manifestamente reveladora de aprendizagem ao longo da vida.

Numa segunda fase do estudo procuramos **identificar o impacto do ICG na pessoa idosa, pela perspetiva dos enfermeiros**. A amostra do estudo, abrangeu 12 (de 15) enfermeiros de um serviço de pneumologia, sendo o critério de inclusão, a experiência do cuidado de enfermagem a pessoas idosas internadas, sujeitas a isolamento de contacto/ gotícula. O critério de exclusão definiu a não participação de 3 enfermeiros por referirem não terem experiência de cuidados de enfermagem a pessoas idosas em isolamento de contacto/ gotícula.

Como instrumento de colheita de dados foi elaborado um guião orientador (apêndice 10) de uma reflexão para os enfermeiros, com base no ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1998). Gomes (2016) aborda a importância de os enfermeiros criarem espaços de reflexão sobre os cuidados que prestam, de forma a estimular a construção do saber, não se deixando absorver pelo peso da rotina.

Para além dos princípios éticos já acima supracitados que foram garantidos também nesta fase do estudo, nesta situação, para a realização do estudo, foi assinado consentimento informado pelos participantes. (apêndice 11).

Estando perante um tipo de investigação qualitativa, consideramos a hermenêutica dos dados passível de uma metodologia de análise de conteúdo. “A interpretação dos dados é o cerne da investigação qualitativa (Flick, 2005, p.179). A interpretação de textos nesta situação pretende revelar, desvendar ou contextualizar as afirmações feitas nos mesmos, compreendendo o seu significado.

Considerando o método descrito por Bardin (2016), foi realizada a organização da análise que privilegiou três fases:

- a) Pré-análise, onde foi feita a leitura flutuante de todo o material obtido, que foram todas as reflexões solicitadas aos enfermeiros, guiadas pelo Ciclo de Gibbs, ficando assim, constituído o *Corpus*, “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.” (Bardin, 2016, p. 122). Esta análise reveste-se da importância da aplicação de algumas regras também descritas por este autor, como a regra da exaustividade (foram tidos em conta todos os elementos do corpus); da representatividade (a amostra foi considerada representativa do universo da amostragem- equipa de enfermagem); da homogeneidade (os documentos retidos devem seguir critérios homogêneos) e da pertinência (os documentos retidos foram adequados dando resposta aos objetivos).
- b) Exploração do material, foi processualmente desenvolvida de forma manual.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com respetiva codificação, identificando as unidades de registo pertinentes à análise, explorando a respetiva unidade de significado, conduzindo às categorias e subcategorias da análise. Importa ainda referir que a formulação das categorias seguiu os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), e da objetividade (compreensão e clareza).

Da análise de conteúdo foram encontradas 8 categorias, cada qual com várias subcategorias, representadas num quadro em apêndice (apêndice 12). Passaremos a descrever as categorias encontradas relacionando as subcategorias, registando alguns relatos retirados das reflexões de modo a contextualizar o conteúdo.

Dificuldades dos enfermeiros na intervenção para promover o cuidado de si na pessoa idosa em ICG, nesta categoria foram encontradas 5 subcategorias que de seguida apresentamos.

Gestão da informação ao utente/ família: são descritas situações em que, o medo de contaminação se sobrepõe à intervenção e à informação à doente família, esse pensamento (de poder estar contaminada) dificultou, no imediato, a gestão da informação à utente R1.

Cumprimento das práticas de controlo de infeção: Existe dificuldade no uso mais adequado de EPI's como nos refere um participante no estudo *Senti que por vezes*

não estava a ser suficientemente cautelosa, uma vez que entrava na unidade de avental e sem querer acabava por tocar na unidade do doente sem estar protegida e por vezes o doente até tinha tosse e estava mais próximo dele do que o recomendado para quem não está protegido". R2

Aceitar a "não cura": os enfermeiros têm alguma dificuldade em aceitar a não existência de cura para a sua doença, relacionado com inexperiência o que dificulta o relacionamento com o doente. *Foi difícil para mim aceitar que o doente não tinha cura, uma vez que foi o meu primeiro doente em fase terminal. R3*

Envolver a família nos cuidados: relacionado com ansiedade e inquietude dos familiares perante a situação de isolamento. *Uma das partes mais complicadas, foi também encaixar a família nos cuidados, pois a esposa passava o tempo inquieta, ansiosa R4*

Gestão de sentimentos: relacionado com a relação familiar- doente- enfermeiro; as dificuldades do doente com a própria patologia o que provoca um turbilhão de sentimentos que os enfermeiros têm dificuldades em gerir.

Fatores dificultadores das intervenções para a promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação ICG. Nesta categoria foram encontradas subcategorias 10 subcategorias que de seguida apresentamos.

Estigma da enfermeira: perante a pessoa em isolamento. As doenças infecciosas ainda são frequentemente olhadas com estigma. *Agi com estigma perante a utente R1. O que dificulta a comunicação com estes doentes.*

Restrição do toque terapêutico: outro obstáculo à comunicação e à prática de cuidados, é o uso de EPI's que dificulta o toque terapêutico entre enfermeiro e doente." (...) *o crescente desenvolvimento de microrganismos multirresistentes (e consequente necessidade de medidas barreira) que impossibilita algo tão simples como o toque, o sentir pele com pele, que neste caso penso que teria sido muito reconfortante." R5*

Falta de reflexão: a enfermeira considera que existem poucos momentos de reflexão sobre as ações realizadas, "Os pontos negativos foi o não cumprimento das normas de proteção individual por "falta de tempo e não parar para pensar nas consequências dos meus atos." R2.

Dependência nas AVD's: situações de dependência e Isolamento, condicionam a capacitação dos familiares que têm doentes dependente e não tenham capacidade para assumir o cuidado após a alta em parceria com os cuidados de saúde como esta expressa nesta frase de uma participante: *O doente acabou por falecer, mas tinha alta clínica. Ponderou-se o doente ir a casa, mas só pensava como seria possível, se necessitava de tantos cuidados e era tão dependente de terceiros, e a esposa, a meu ver, sem capacidade física e psicológica para cuidar do marido.* R4

Falta de tempo para a prestação de cuidados no ICG: nesta subcategoria é apontado o elevado dispêndio de tempo para um cuidado profícuo ao doente em ICG, para dar mais atenção aos doentes isolados para conversarem e expressarem os sentimentos. A falta de tempo também é apontada como indutor do não cumprimento das normas de proteção individual. *Os pontos negativos foi o não cumprimento das normas de proteção individual por falta de tempo.* R2. Outros relatos relativamente à falta de tempo surgem como, *há determinados turnos que nos é impossível, passarmos muito tempo com eles. Estamos 2, 3 vezes com eles? Às vezes menos. Acho que era importante esses doentes terem mais atenção, conversarem, poderem expressar os seus sentimentos. E era importante para nós termos mais tempo para estes doentes.* R4

Dotações de cuidados insuficiente para o tipo de doente: Poucos recursos humanos são identificados como dificultadores para a promoção do cuidado em parceria. A enfermeira reconhece haver poucos recursos humanos, justificando: *uma vez que interagem muito pouco – apenas, muitas vezes só com um Auxiliar e enfermeiro por turno, e por um período de tempo limitado devido às muitas solicitações e elevado nº de utentes atribuído.* R5

Insegurança nas intervenções no ICG em coorte: relacionado com pouca informação acerca das PBCI.

Medidas de contenção física como medida de segurança contra queda: Intervenções desenvolvidas para segurança do doente, por falta de opções, que estão em antagonismo com os seus princípios. Necessidade de maior reconciliação terapêutica. *Contudo, pensei que para prevenir uma queda e possível agravamento do estado clínico do doente, opto por esta medida discordante.* (contenção física) R10

Afastamento dos quartos de isolamento: O afastamento dos quartos é descrito como um fator que põe em risco a segurança do doente por diminuição da vigilância. *O sentido que posso encontrar na situação é de que se o utente não se encontrasse em isolamento de contacto/ gotícula, permitiria uma vigilância mais cuidadosa (através de ruídos, por exemplo) e poderia impedir a implementação das medidas citadas em outros pontos R10*

Dificuldades familiares/ sociais em contexto de ICG: a situação sociocultural e económica são dificuldades que se impõem ao regresso do doente a sua casa, dificultando o projeto de vida do doente. *porque o Hospital passa a ser a primeira casa para muitas pessoas, como a Sra. M., quando se tornou num caso social R11*

Outra das categorias encontrada foi os **fatores facilitadores das intervenções para a promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação ICG**. Nesta categoria forma identificadas 8 subcategorias que de seguida apresentamos.

Características da pessoa idosa que facilitam o facto de a doente não ter compromisso cognitivo e ter uma atitude calma, torna-se facilitador para a promoção do cuidado de Si como nos refere este participante: *Apesar de idosa, a utente não tinha compromisso cognitivo e era calma, estas características facilitaram o processo. R1*

Reflexão na prática de enfermagem acerca dos benefícios dos cuidados de enfermagem no projeto de vida e saúde dos clientes e acerca dos prejuízos dos cuidados de enfermagem no projeto de vida e saúde dos clientes foi outro dos fatores facilitadores que se salientou (...) *mas a equipa ainda precisa de tomar consciência que os nossos cuidados (ou falta dele) pode ter consequências graves e alterar a vida de outras pessoas. R2*

Nova experiência de cuidado proporciona crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a vivência de novas experiências funciona como um enriquecimento da prática como se encontra expresso nesta frase significativa, *cuidar de si foi uma experiência positiva para mim, tendo em conta que me ajudou a crescer. R3*

Aprender a lidar com as emoções do doente, adquirir novas competências como lidar com stress e a ansiedade do doente, foi tido como um fator facilitador do cuidado em parceria como salienta esta participante: *Bom – Aprender a lidar com a ansiedade/ stress do doente. R4*

Disponibilidade da enfermeira para a educação relativa ao ICG o ensino sobre o isolamento, pode ser um fator desencadeante da promoção do cuidado de si /outro, um participante refere a *disponibilidade para ensinar/ treinar o doente/ família, esclarecer dúvidas. Promover comunicação.*” R7

Desmistificar o isolamento e a doença contagiosa, a enfermeira assume como fator facilitador o exercício de conhecer aspetos positivos e negativos do ICG e desmistificar o preconceito sobre ICG. Tem toda a pertinência e facilita a aceitação do internamento em isolamento.

Relação de confiança facilita o envolver-se com o doente, pela expressão de sentimentos e proximidade com o doente, promove a aprendizagem sobre os próprios sentimentos. *É sempre difícil distanciarmo-nos emocionalmente de situações como estas, por vezes damos por nós envolvidos de tal forma, que choramos com eles, rimos com eles.* R11

Aprendizagem sobre o ICG, a aprendizagem sobre o isolamento, promove o planeamento de cuidados centrados no doente, pois o conhecimento gera segurança, que vai incidir no cuidado.

O Impacto do isolamento no doente e família (sob a perspetiva dos enfermeiros) foi outra categoria evidenciada na qual se identificaram 4 subcategorias que vêm dar relevância às alterações sofridas na relação doente - família decorrente do isolamento.

Familiar inquieta e ansiosa, a ansiedade do familiar impede que o enfermeiro cumpra as normas de isolamento, com implicações negativas no doente. (...) *a esposa passava o tempo inquieta, ansiosa, não cumpria as normas do isolamento e o doente ficava pior na presença da esposa.* R4

Angústia e apreensão, o doente e a familiar denotam ansiedade e angústia relativa ao isolamento, o que afeta o cuidado de si/ outro. *Senti angústia e a apreensão tanto do doente como da família* R7

Distanciamento da família, o distanciamento da família para com o doente por motivos do isolamento, tem impacto na relação familiar *há sempre um distanciamento (da família com o doente) e mantém-se o receio quando este vai para domicílio* R7

Receio de contágio: Os familiares mantêm sempre o medo do contágio apesar do ensino sobre o isolamento. *e mantem-se o receio quando este vai para domicílio.* R7

Contudo importa também salientar que os enfermeiros referiam fatores de impacto os quais se relacionam só com o doente, pessoa idosa, neste caso. Assim emergiu a categoria **Impacto do isolamento no doente (segundo a perspetiva dos enfermeiros)**, nesta categoria identificámos 6 subcategorias e que passamos a analisar.

Isolamento físico e psicossocial do doente: os enfermeiros salientam, que o doente em isolamento fica isolados de tudo, ficam privados de contacto com os outros doente e com os profissionais, *a pessoa fica restrita a um espaço físico, fica 'prisioneira' desse espaço.* R1

Privação da humanização do cuidado pelo toque no final de vida: O uso de EPI's no isolamento, priva o doente em final de vida do toque terapêutico, permanecendo as barreiras do equipamento. Como expressa este participante. *Pensei que deve ser uma sensação horrível estar nos últimos momentos da sua vida fechado num quarto de hospital, com pessoas "estranhas (...)" que se encontram protegidas com EPI's e que até isso impossibilita a humanização do toque.* R5

Sentimentos de abandono, segundo a perspetiva dos enfermeiros, o doente tem sentimentos como abandono, pouca interação, discriminação, e que foram esquecidos dentro do quarto. *colmatar assim a sensação de isolamento e "abandono" que estes utentes por vezes sentem (...) consideram-se um pouco "esquecidos" dentro do quarto de isolamento.* R5. *Senti que este idoso ficou com a perceção de que iria ser discriminado* R6

Doente assume o estigma, o próprio doente, manifesta estigma com a sua doença infetocontagiosa. *Como aspeto negativo: o fato de perceber que ainda há muito estigma por parte dos idosos, associado à situação que requer isolamento de contato/gotícula.* R6

Alteração brusca do comportamento do doente, os doentes em isolamento, por vezes, desencadeiam alterações de comportamento brusco para com os familiares e profissionais de saúde, quando passam a estar no isolamento como nos expressa este participante: *Foi mau perceber o impacto que o isolamento teve no*

comportamento e atitude deste doente. (O seu comportamento mudou bruscamente para com os profissionais de saúde e os seus familiares). R7

Resiliência da PI, alguns doentes têm a capacidade de resiliência enquanto estão em isolamento, conseguindo capacitar-se para o cuidado de Si. *as implicações que o isolamento respiratório tem na resiliência dos seres humanos R9*

Os participantes do estudo também reconheceram a necessidade de melhora a prestação de cuidados às pessoas idosas isoladas, salientadas na seguinte categoria **Intervenções que os enfermeiros reconhecem que precisam ser melhorados para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em situação de ICG**. Nesta categoria emergiram 4 subcategorias que apresentamos de seguida.

Comunicação no acolhimento, os enfermeiros reconhecem que a comunicação necessita ser melhorada na fase do revelar-se ao doente e em situações de crise emocional, quando este é acolhido num quarto de isolamento. *Esta situação fez-me repensar a abordagem inicial perante uma pessoa com necessidade de isolamento respiratório e de contacto. R1*

Partilha de sentimentos entre a equipa de enfermagem, como forma de permitir desmistificar medos e desconfortos, facilitar a humanização dos cuidados e promover a segurança emocional dos profissionais. *Abordar as questões que preocupam os profissionais de saúde, medos e desconfortos associados à prestação de cuidados a utentes com necessidades de isolamento pode facilitar a humanização dos cuidados e a segurança emocional dos profissionais. R1*

Otimização da terapêutica do doente: em situação de ICG, é muito importante a otimização da terapêutica ansiolítica para controlo de sintomas. Esta frase é significativa e ilustrativa do que acabamos de dizer: *Contudo, seria importante que existisse uma otimização de terapêutica de todos os doentes e especialmente destes que por vezes mereciam uma maior atenção e que na realidade não ocorre. R10*

Condições geográficas dos doentes isolados: os quartos de isolamento ficarem mais afastados da equipa de enfermagem, seria uma coisa a alterar, uma vez que não há uma equipa só para estes doentes. *Foi bom ter consciência do que poderia ter feito melhor se as condições e as opções para este doente fossem melhores (do ponto de vista da farmacologia e das próprias condições geográficas dos quartos de isolamento). R10*

Outra categoria que também emergiu do estudo foi, os **Sentimentos dos enfermeiros na intervenção para promover o cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação de ICG**, nesta categoria identificámos 7 subcategorias que passamos a apresentar.

Desconforto pelo isolamento em geral; por ter de implementar medidas de contenção física a doentes nestas condições; por sobrepor a sua proteção à comunicação com o doente. *Causou-me desconforto sentir que a precipitação em agir para garantir ao máximo o isolamento da utente e a minha proteção se sobrepôs à comunicação e preocupação com a utente.* R1

Preocupação pela sua saúde, medo de ficar contaminada. *Senti preocupação relativamente à possibilidade de estar contaminada* R1

Ansiedade, os enfermeiros referem ansiedade relativamente à sua atuação com estes doentes, não estando em consonância com os seus princípios: senti *ansiedade ...perante a minha ação.* R1

Tristeza: enfermeiros sentem-se tristes quando o doente em isolamento e em fase terminal: *Quando caí na “realidade” e percebi que o doente estava em fase terminal, fiquei triste* R3

Impotência: por estar centrado no processo de cura e sentir que tem pouco ao seu alcance. *(...) por mais e melhor que fossem os meus cuidados, o doente não ia obter a cura e ter alta.* R3

Medo do contágio, por contacto com o corpo do doente, por falta de uso de óculos de proteção e pela possibilidade de ficar doente: *mas que o doente ao posicionar podia colocar a mão dele numa zona do corpo que não estivesse protegida (no braço quando só se coloca avental).* R8

Sentimentos negativos: pelos sentimentos negativos associados ao isolamento e pela necessidade de imobilização destes doentes. *Os aspetos negativos foram que a perceção da situação despoletou em mim sentimentos negativos por me ter colocado naquela situação.* R9; *Ressalvo igualmente sentimentos (maioritariamente) negativos associados.* R10

No estudo também foi possível identificar a categoria **Intervenções de enfermagem realizadas para promover o Cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação de ICG** da qual emergiram 10 subcategorias que passamos a apresentar.

Educação para a saúde: acerca da uniformização de medidas de isolamento; Informação permanente e ajustada ao doente e família, desmistificação do ICG. Como expressa este participante, *trabalhar em equipa a informação sobre as medidas concretas a estabelecer tem sido um trabalho desenvolvido ao longo dos anos e que tem facilitado a implementação de estratégias mais uniformes entre a equipa* R1

Cumprimento das normas Controlo de infeção / PBCI, salientada a importância de conhecer as PBCI. *É de grande importância que todos (profissionais de saúde, familiares e doente) cumpram as normas de isolamento para que não haja propagação dos microrganismos* R2

Formação em serviço, manifestada a importância da formação contínua em serviço: *O plano de ação já está a ser implementado, com as formações.* R2

Relação parceria com o doente, a enfermeira assume que é praticado um Cuidado à PI sob uma perspetiva holística; Respeito pelos sentimentos da pessoa idosa e como prioridade no cuidado. *os enfermeiros devem priorizar a relação de ajuda e os sentimentos da pessoa idosa, tentando apoiá-la o melhor que poderem.* R3; *é necessário que os enfermeiros se capacitem que cuidam de um todo e não de partes isoladas (neste caso seria uma doença respiratória e contagiosa). Cada um de nós é resultado da soma de todas as partículas ínfimas no nosso corpo e mente, e deve ser avaliado, tratado e visto como tal.* R11

Reconhecimento do impacto da relação no cuidado em fase terminal, é realizado cuidado direcionado para as necessidades destes doentes, *compreender melhor o impacto da relação enfermeiro – doente na fase terminal.* R3

Desenvolver competências / estratégias para melhorar o conforto do doente, desenvolvem-se estratégias para manter o conforto do doente em isolamento, respeitando o seu projeto de vida. Como ilustra este participante, *Bom – aprender a lidar com a ansiedade/ stress do doente e encontrar estratégias de maneira a melhorar o conforto do doente.* R4

Tempo disponibilizado pela enfermeira com presença, maior presença da enfermeira, reduz a ansiedade e o sofrimento do doente, transmitindo segurança, *neste doente,*

bastava 5 minutos ao pé dele, não precisávamos de fazer nada, só estar presente para ele melhorar. A solidão é o pior inimigo para doentes isolados. R4; para além da presença constante, que pudesse transmitir maior serenidade àquele doente. R5

Estratégias de comunicação, uso de uma linguagem comum para comunicar com o doente e família, facilitando a informação acerca do isolamento e reduzindo a ansiedade associada. *Pensei nas estratégias a desenvolver de modo a minimizar a ansiedade manifestada por este idoso. R6*

Reflexão dos enfermeiros sobre as práticas, sobre as implicações do isolamento na PI; sobre o tipo de comunicação utilizada com PI em ICG. *Como aspeto positivo: o fato do sentimento verbalizado pelo idoso implicar a reflexão junto da equipa de enfermagem, tendo por objetivo desmistificar este tipo de situação, utilizando como ferramenta principal uma comunicação eficaz. R6*

Preparação do regresso da PI a sua casa, a preparação para o regresso a casa da pessoa colonizada por microrganismos multirresistentes, é uma prática que se verifica e que desmistifica os receios do doente e família. *Foi bom conseguir que este doente fosse para casa junto da família. R7*

Os resultados deste estudo, permitiram desocultar um pouco mais, as experiências e o impacto que o cuidar de pessoas idosas em isolamento tem para os profissionais de saúde, e relativamente aos significados das experiências dos próprios doentes visto pelos enfermeiros, mas que mostra um pouco do sofrimento que se esconde nos quartos de isolamento. Chamamos a atenção para a importância de olharmos as pessoas em ICG com outros olhos, vendo a pessoa que se esconde para além das barreiras do isolamento, indo ao encontro da pessoa cuidada como um ser de projeto e de cuidado que não se reduz a um corpo objeto como nos refere Gomes(2016) .

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos já referidos, que demonstram que existe um grande impacto na pessoa submetida a isolamento por infeção, que embora necessário para evitar disseminação de infeções, as perspetivas de isolamento dos pacientes sugerem que o ambiente imposto cria barreiras às suas necessidades físicas, sociais e emocionais com impactos na saúde, bem-estar e liberdade do doente (Gammon & Hunt, 2018). O facto da pessoa se sentir confinada a um espaço limitado, já é por si, motivo de alteração na sua dinâmica pessoal e social, desencadeando muitas vezes sentimentos negativos. (Duarte T. et al 2015; Guilley-

Lerondeau B et al. 2016). Assim uma verdadeira intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, que se encontra numa situação de isolamento, é fundamental para fazer face a vulnerabilidade acrescida que podem apresentar e desmistificar, mitos e estereótipos que podem dificultar o cuidado que precisam e merecem para manterem a sua dignidade (Gomes, 2016).

3.2 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários

De acordo com o previsto para este estágio, tivemos oportunidade de contactar com a realidade dos cuidados de saúde primários, num estágio que teve a duração de 4 semanas, que decorreu durante o mês de novembro de 2017, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na área de Lisboa e Vale do Tejo, que está integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A equipa é constituída por enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, assim como por médico, psicólogo e assistente social. Notou-se, haver uma boa articulação de funções entre a equipa multidisciplinar, sempre com um atendimento muito personalizado e centrado na pessoa idosa doente.

Sempre exerci funções como enfermeira na área dos cuidados de saúde diferenciados, pelo que, foi de extrema importância e pertinência desenvolvermos este estágio no âmbito deste curso de especialização em enfermagem e perceber que os cuidados de saúde não se cingem ao hospital e que temos equipas diferenciadas a cuidar na comunidade. Verificámos que esta equipa, cuida de pessoas que foram referenciadas à RNCCI, pelo que os critérios de admissão são rigorosos, como sejam, doença crónica e crónica agudizada, dependência para as AVD's, entre outros que privilegiem o cuidado no domicílio. Constatou-se uma boa articulação com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos eficaz e eficiente, proporcionando cuidados direcionados para o alívio de sintomas em situações com indicação para este tipo de cuidados.

Estabelecemos para este estágio dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com infeção respiratória, promovendo o cuidado de Si no contexto domiciliário;
- Sensibilizar a Equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da infeção respiratória da Pessoa Idosa em contexto domiciliário.

Para atingir estes objetivos foi fundamental o papel da Sra. Enfermeira orientadora clínica e supervisora, assim como a orientação da Professora Doutora orientadora de estágio, tendo um papel de mentora.

Relativamente ao primeiro objetivo desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com infeção respiratória, promovendo o cuidado de Si no contexto domiciliário, Foi muito desafiante, cuidar de utentes no domicílio, de quem já tínhamos cuidado em contexto hospitalar, dando continuidade ao processo de cuidados em parceria, facilitado por já nos termos revelado noutra contexto, embora as necessidades no domicílio fossem diferentes. O respeito pela dignidade e individualidade é fundamental nestes cuidados, aqui somos nós os estranhos ao contexto, e isso faz-nos repensar na relação de poder dominador que muitas vezes reinam nas instituições. Mas ao prestar cuidados no domicílio também se enfatizou a importância da referenciação de enfermagem aquando da alta hospitalar da pessoa idosa, essenciais à continuidade dos cuidados, à promoção do cuidado de Si e ao prosseguimento do projeto de vida da pessoa hospitalizada (Gomes, 2016). A articulação entre os diferentes serviços de saúde é essencial para uma transição saudável, permitindo à pessoa idosa encontrar estratégias de adaptação no seu contexto de vida tendo em conta a sua condição de saúde.

Durante este estágio, prestei cuidados assentes no modelo de parceria, passando por todas as fases do processo: revelar-se; envolver-se; capacitar/possibilitar; comprometer-se; assumir o cuidado de Si. Estas por não serem estanques, vão-se interligando e surgindo em todas as fases do processo de cuidar, desde o conhecimento do doente/ família e seu contexto sociocultural até à fase em que o doente assegura o cuidado de Si, ou o seu familiar cuidador assegura o cuidado do Outro. Foi possível compreender a pessoa no seu contexto familiar, ajudar, respeitar a sua vivência e o seu processo de doença, implementar um plano de

cuidados pautado na sua experiência, promovendo a sua qualidade de vida (Gomes, 2016).

No que concerne ao sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção e controlo da infeção respiratória da Pessoa Idosa em contexto domiciliário desenvolvemos atividades na área da prevenção do controlo de infeção, uma vez que para além do uso indispensável das PBCI, também cuidámos de alguns doentes, colonizados com microrganismos multirresistentes a antibióticos, portadores de feridas crónicas. Foi realizada educação para a saúde acerca da importância da higiene corporal, da roupa e da casa, desmistificando o estigma que envolve este tipo de infeção. Elaborámos um folheto informativo, com outra estudante de mestrado com o tema: “O que é o MRSA”, contudo não chegou a ser aprovado. Porém deve ser dada sempre primazia à informação oral.

Foi ainda realizada, também com outra estudante de mestrado, uma formação em sala de reuniões para a equipa de enfermagem com o mesmo tema, sobre o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, (MRSA), onde foram colocadas dúvidas e aberta a discussão a diferentes perspetivas, tendo em conta as vias de transmissão e as intervenções fundamentais para prevenção e controlo das infeções por microrganismos multirresistentes no domicílio (apêndice 13).

No final deste estágio, ficámos com a perceção que muitas vezes a educação para a saúde que fazemos em contexto hospitalar, não fará sentido, se não conhecermos o ambiente familiar e domiciliário. Conhecer a pessoa idosa de uma perspetiva multidimensional é crucial para o desenvolvimento de um plano de cuidados adaptado e eficaz. Assim neste contexto prestamos cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família intervindo em parceria com as mesmas tendo em conta o conhecimento da pessoa o seu contexto de vida para além dos aspetos relacionados com a sua situação de saúde doença como nos refere Gomes (2016). Tivemos em atenção a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, em que os clientes foram envolvidos no cuidado de Si, permitindo a progressão do projeto de vida da pessoa idosa pela prevenção das IACS, tendo em atenção os cuidados no regresso a casa e providenciando a informação relativa a cuidados inerentes à prevenção da infeção a agentes multirresistentes no domicílio. Foram assim desenvolvidas competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa, numa atitude de cuidado centrado no cliente e família, enquanto ser de

projeto e de cuidado, possibilitando o desenvolvimento de competências relacionais e de parceria, diminuindo ou evitando as complicações, tendo muito presente os pressupostos do modelo de parceria Gomes (2016).

Procurámos desenvolver competências de reflexão e crítica, pela necessidade contínua de analisar os contextos de práticas de cuidados à Pessoa idosa e família com infeção associada a cuidados de saúde com organismos multirresistentes, incluído sempre essa reflexão no seio da equipa. Esta reflexão permitiu, por sua vez, aprofundar conhecimentos sobre a temática, enquadrando-a no quadro conceptual de enfermagem. Desenvolvi ainda competências comunicacionais, pela necessidade de compreensão e divulgação dos conteúdos científicos e resultados obtidos de todo o trabalho efetuado. Todo o desempenho nesta área contribuiu para adquirir competências com vista a uma aprendizagem autónoma ao longo da minha vida.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E IMPLICAÇÃO DO PROJETO PARA A PRÁTICA DESENVOLVIDA

Neste capítulo fazemos uma reflexão sobre as competências desenvolvidas nos vários domínios como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa. Apresentamos as principais implicações para a prática e as limitações do projeto.

O estágio proporcionou-nos o desenvolvimento de competências nos vários domínios da enfermagem especializada. Ou seja, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da aquisição e articulação dos conhecimentos ético-deontológicos na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula.

Os direitos da pessoa idosa foram assegurados em todos os momentos, assim como o respeito pelas regras do sigilo profissional, anonimato e confidencialidade dos dados para o projeto e da informação clínica na prática dos cuidados, mantendo a dignidade e a não-maleficência da pessoa cuidada.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvemos competências na elaboração, implementação e divulgação do projeto, com a perspetiva de melhorar a qualidade dos registos de enfermagem e o desenvolvimento de um cuidado mais profícuo às pessoas idosas com necessidade de ICG. Esta prática de cuidados foi sustentada pelo modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa, visando um cuidado baseado na negociação e participação da mesma. Por outro lado, adquirimos competências para desmistificar o isolamento e os cuidados a ele associados, trabalhando esta questão com a equipa de enfermagem, o que nos tem conduzido a uma prática reflexiva.

No domínio da gestão de cuidados, foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e família. Os conhecimentos científicos conferiram mais segurança na tomada de decisão para o melhor cuidado, assim como da partilha dessas decisões com os pares. O modelo de cuidados que seguimos para fundamentação da nossa prática de cuidados foi o modelo de parceria com a pessoa idosa e família (Gomes, 2016).

No domínio das aprendizagens profissionais, este percurso académico teve um papel crucial na minha evolução como pessoa e como enfermeira, pela aquisição de

novos conhecimentos científicos e a consolidação de outros já existentes. A consulta de novos dados científicos e o percurso de aprendizagem ao longo da vida vem estimular a necessidade de desenvolver novos projetos para a resolução de problemas identificados, desenvolvendo uma prática baseada na evidência e estimulando uma enfermagem avançada.

Relativamente às competências do 2.º ciclo, consideramos que, fruto da exigência deste estágio, foram desenvolvidas competências de reflexão e crítica, pela necessidade contínua de analisar a prática de cuidados. Para o efeito, foi essencial desenvolver competências de investigação que me permitissem sustentar a minha prática na evidência, mobilizando conhecimentos relativamente aos cuidados as pessoas idosas e IACS. Pela pesquisa de conhecimento nas bases de dados, análise de estudos científicos, realização de estudos e estudos de caso, foi possível promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à pessoa idosa e família. Desenvolvi ainda competências comunicacionais, pela necessidade de compreensão e divulgação dos conteúdos científicos e resultados obtidos de todo o trabalho efetuado de uma forma fundamentada em conhecimentos científicos, enquadrados num quadro conceptual de enfermagem.

Como constrangimentos durante este projeto, identificámos que o tempo disponível para este tipo de investimento académico e profissional, é restrito, uma vez que as instituições ainda não concedem tempo para realização de estágios ou projetos.

Como perspetivas para o futuro pretendemos continuar a investir na resolução de problemas relacionados com os cuidados nesta área, fomentando uma evolução contínua na qualidade dos mesmos e continuando a investigar para que seja possível inovar as práticas.

CONCLUSÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma realidade na atualidade, consideradas uma situação grave de saúde pública. Assim, no âmbito dos cuidados de saúde, tem-se vindo a assistir a uma maior preocupação em travar este flagelo, com divulgação de informação através dos GCL-PPCIRA e da operacionalização de normas de orientação clínica.

Com o avançar da idade, surge o processo de senescência que aumenta a suscetibilidade da pessoa idosa a morbilidades e comorbilidades, pois a própria senescência, não sendo uma doença, diminui a capacidade do organismo resistir a agressões. (Paúl et al, 2012). Assim as IACS na pessoa idosa, estão facilitadas devido a estes processos fisiológicos que se agravam com as iatrogenias decorrentes dos cuidados de saúde, relacionados com procedimentos invasivos e terapêutica antibiótica agressiva a que nas instituições de saúde os idosos ficam sujeitos com implicações para a sua saúde e bem-estar. Quando estas IACS têm etiologia microbiana multirresistente a antibióticos, surge a necessidade de isolamento de contacto e/ou gotícula. O nosso interesse nessa temática, encaminhou-nos para esta área de estudo, no sentido de conhecer e compreender o impacto que o isolamento de contacto gotícula tem na pessoa idosa, e de que forma podemos minimizá-lo, com as intervenções de enfermagem diferenciadas e em parceria com a pessoa alvo de cuidados.

Assim, este projeto visou desenvolver e promover uma prática baseada na evidência, aliado à aquisição de competências de mestre e em vários domínios da enfermagem especializada. Suportados por uma metodologia de investigação – ação, pretendemos poder implementar melhorias no que respeita ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas em isolamento, quer no cuidado direto ao doente respeitando a sua individualidade, quer no registo de informação que permite a continuidade desse mesmo cuidado.

Assim analisámos os registos de enfermagem, tendo em conta os indicadores do modelo de parceria para perceber como eles refletiam as fases que permitem operacionalizar este modelo de cuidados. Por outro lado, procurámos, também, identificar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados, que eram indicadores de promover o cuidado de Si em situações de isolamento da pessoa idosa/família. Como resultados, destacamos que, relativamente às cinco fases

do modelo de parceria: revelar-se, envolver-se, capacitar/possibilitar, comprometer-se, assegurar o cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro, constatámos que é dada importância às necessidades biológicas, mas o contexto social e psicológico, assim como a desmistificação do isolamento não é tão enfatizado. O vínculo do doente com o seu projeto de vida não é registado. Como também não se encontram registos do compromisso efetuado com a pessoa idosa, para manter o seu projeto de vida de acordo com os objetivos negociados entre as partes. As intervenções para promover o cuidado de Si e bem-estar também não são alvo de registo. A ausência do registo destas intervenções podem dificultar o cuidado em parceria com a pessoa que promova o cuidado de Si, pois condiciona o conhecimento da pessoa a negociação e compromisso com a mesma, também impede um cuidado centrado na pessoa por dificultar a continuidade dos cuidados. A excelência do cuidado de enfermagem está intimamente relacionada com a visibilidade das intervenções realizadas, facilitando o processo de cuidados e continuidade dos mesmos. É fundamental sensibilizar os enfermeiros para a importância dos registos.

Relativamente ao promover práticas que amenizassem as implicações do isolamento na pessoa idosa e família, procuramos conhecer o impacto do isolamento nas pessoas idosas pelas perspetivas dos enfermeiros e levá-los a refletir sobre as suas práticas de cuidados nas situações de isolamento. Os resultados mostraram que o isolamento de contacto gotícula tem grande impacto no projeto de vida e saúde das pessoas idosas. A implicação deste tipo de isolamento interfere com o bem-estar da pessoa com repercussões físicas, emocionais, psicológicas e sociais com implicações na sua saúde. Como conclusões, observámos que as intervenções de enfermagem baseadas num cuidado em parceria com a pessoa idosa em isolamento, podem ajudar a reduzir o impacto provocado por este. Este modelo de cuidados promove a gestão do projeto de vida/ saúde da pessoa idosa e permite a capacitação da família assegurando um cuidado personalizado ao seu familiar, indo ao encontro do seu quotidiano de vida, mas que muito há ainda a fazer em termos de formação nos enfermeiros, para desmistificar mitos e estereótipos e em termos das instituições de saúde, para mobilizarem os recursos físicos e humanos que permitam cuidados mais humanizados aos doentes idosos em isolamento.

A prevenção da infeção hospitalar depende dos profissionais de saúde e de programas eficientes de controlo de infeções que direcionem as suas práticas, requerendo educação e cooperação de toda a equipa, em ambiente hospitalar ou

comunitário. Os enfermeiros especialistas têm um papel importante diante desse desafio, como motivadores da promoção de programas relativos a prevenção e controlo de infeção nas equipas de saúde. Deste modo, no decorrer da implementação deste projeto, desenvolvemos uma prática baseada na evidência, desenvolvendo competências de liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados, e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem. Este permitiu, também desenvolver uma prática de cuidados assente na evidência científica e em parceria com a pessoa idosa e seus cuidadores, capacitando-os com intervenções que lhes possibilitassem o cuidado de Si (Gomes, 2016). Nesta sequência, é com os conhecimentos adquiridos que procuramos envolver os nossos pares neste caminho do conhecimento, através da partilha de saberes, e como agente de mudança das práticas, com base numa conduta sustentada pelos princípios éticos e regulamentares das competências de enfermeira especialista e mestre.

Ao terminar o estágio, temos um olhar mais direcionado para as diferentes problemáticas relacionadas com o cuidado à pessoa idosa. Sentimos que este curso de especialização em enfermagem e mestrado, nos capacitou para o desenvolvimento de domínios nas áreas da responsabilidade profissional, ética, legal, da melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Deste modo, é nossa intenção que este projeto tenha continuidade e divulgação noutros contextos de formação e da praxis e pretendemos divulgar os resultados do projeto com a publicação de um artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad C. et al (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital Infection*. 76. 97 – 102

Agondi, R.C., Rizzo, L.V., Kalil, J. & Barros, M.T. (2012). Imunossenescência. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 35 (5), 169-176.

Alarcão, I. & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.

Andrade, D. & Angerami, S. (1999). Reflexões acerca das Infecções Hospitalares às Portas do Terceiro Milénio. *Medicina*. 32, 492-497.

Acedido em 14/06/2017. Disponível em http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/reflexoes_acerca_infecoes_hospitalares.pdf

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux, P.D. *Pessoas Idosas- Uma abordagem global. Processo de Enfermagem por Necessidades*. Lisboa: Lusodidata

Cabete, D (2005). *O Idoso, a doença e o Hospital – O impacto do internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Decreto de Lei nº74 (2006). *Legislação consolidada, Diário da República*. O regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, série I-A (nº60 de 24/03/2006), 1-37.

Decreto de Lei nº 101 (2006). *Diário da República*. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, série I-A. (nº 109 de 06/06/2006), 3856-3865.

Despacho nº 1400-A (2015). Diário da República. Plano Nacional para a Segurança do Doentes 2015-2020, 2.ª série (nº 28 de 10/02/2015), 3882 (2) - 3882 (10).

DGS (2016). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: DGS.

DGS (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.

Acedido em 11/03/19. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

DGS (2018). PPCIRA - Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (em revisão).

Acedido em 13/03/2019. Disponível em: <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>

DGS (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos -Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: DGS.

Duarte T. et al (2015) - Repercussões Psicológicas do Isolamento de Contato: Uma Revisão. Psicologia Hospitalar. 13. 88-113.

ESEL (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.

ESEL (2017). Guia orientador Opção II/Estágio, ano letivo 2016-2017. Lisboa: ESEL.

Fernandes, A. T., Zamorano, A. O. & Filho M. A. T. (2001). Pneumonia Hospitalar. In Fernandes, A., Fernandes, M.O. & Filho, N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu.

Figueiredo, A.M. (2001). Pneumonia no idoso. Revista portuguesa de pneumologia. 7 (6). 1-9.

Flick, U. (2002). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa. Monitor. ISBN: 972-9413-67-3

Fortin, M.F. (2000). O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures. Lusociência.

Gammon, J. & Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British Journal of Nursing*. 27 (2), 88-91.

Gibbs, G. (1988) *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. London: Further Education Unit.

Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

Guilley- Lerondeau B. et al (2016). Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *European Journal of Clinical Microbiology*. 36(1), 75-80.

Janssens J.P. & Krause K. H. (2004). Pneumonia in the very old. *The Lancet Infectious Diseases*. 4 (2), 112–124.

Jett, K. (2018). *Biological Theories of Aging and Age-Related Physical Changes*. In Touhy, T. & Jett, K. Ebersole and Hess' *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. Fifth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.

Lupi3n-Mendoza C. et al. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*. 43, 397-399.

Madeo M. (2003). The psychological impact of isolation. *Nursing times*. 99 (7), 54-55.

Mazzano et al. (2000). Unidades Geriátricas, Psiquiátricas e Carcerárias. In Fernandes, A., Fernandes, M.O. & Filho. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2017). Relatório. Lisboa. ONDR

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Regulamento nº 122 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série (Nº 35 de 18 de fevereiro de 2011), 8648-8653.

Regulamento nº 140 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série (nº26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.

Rosário, E. (2019). Medidas de Isolamento. In Duarte e Martins (coord.). Controlo da Infeção Hospitalar (pp.80-93). Lisboa: Lidel.

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & estudantes do 7º CLE. Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. 15. 1-37.

Sá, P. & Paixão, F. (2013) Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. Revista Portuguesa de Educação. 26(1), pp. 87-114.

Acedido em 07/06/2017. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpe/v26n1/v26n1a05.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015- Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Touhy, T. (2018). Hydration and Oral Care. In Touhy, T. & Jett, K. Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging. Fifth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.

Tyler C. (1997). The Nursing management of MRSA on spinal injuries unit. British Journal Nursing. 6, 134-142.

Weinstein, R. (2017). Síndromes Clínicas: Infecções Nosocomiais – Infecções adquiridas em instalações para cuidados de saúde. In Kasper et al. Medicina Interna de Harrison (pp. 911-919). 19. ed. Porto Alegre: AMGH editora Lda.

Wilson, J. (2003). Controlo de Infecção na Prática Clínica. Loures. Lusociência.

World Health Organization – WHO (2005). Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: ANÁLISE SWOT

ANÁLISE DO SWOT DO SEVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Análise Swot		Na conquista do objetivo	
		Ajuda	Dificulta
Origem do fator	Interna (serviço)	<p>Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho equipa • Motivação para a mudança • Participação em formação • Equipa jovem • Pertinência do tema • Ser MD do GCL-PPCIRA • Formação auditorias 	<p>Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexperiência profissional (equipa jovem) • Simultaneidade de atividades • Recursos humanos abaixo do ratio
	Externa (ambiente)	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação académico • Aquisição de conhecimentos • Acompanhamento trabalho projeto: colegas e orientadores • Orientação tutorial • ↑ qualidade dos cuidados à pessoa 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física • A não atualização de recursos humanos • Baixa predisposição para o isolamento • Tempo limitado p/ desenvolver o projeto

APÊNDICE 2: Guião de Entrevista à PI

Entrevista à PI com infecção respiratória sujeita a isolamento de contato /gotícula

Esta entrevista tem como objetivo melhorar a qualidade de cuidados ao doente em isolamento de contacto/ gotícula, pretende-se desenvolver um cuidado em parceria e a promoção do cuidado de Si.

A sua opinião é muito importante para o desenvolvimento deste projeto e o seu contributo é inteiramente confidencial, como tal, desde já agradeço a sua colaboração.

Data: __/__/__

Sexo:

Idade:

Habilitações Literárias/ Profissão:

Pessoa Significativa:

1. Foi-lhe explicado **porque** é que está internado num quarto de isolamento?
2. **Como** se sente por estar num quarto isolado?
3. **Como** é o seu dia aqui no internamento?
4. Na sua opinião, **quais** os fatores que facilitam ou inibem a qualidade do cuidado de si, aqui no isolamento?
5. **Que** sugestões daria para que possamos cuidar melhor de si?

**APÊNDICE 3: CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES PESSOAS IDOSAS**

Consentimento esclarecido aos participantes Pessoas Idosas

Exmo. (a). Sr. (a), está a ser convidado a colaborar num estudo cujo título é:

“A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si”. Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem, que melhorem o cuidado de si em situação de isolamento de contacto/ gotícula.

A sua colaboração far-se-á através da resposta a uma entrevista. As informações obtidas (dados e respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de outubro. Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento.

Almada, ___/___/_____

Assinatura do investigador do estudo _____

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

Almada, ___/___/_____

Assinatura do Participante

**APÊNCICE 4: ANÚNCIO APRESENTAÇÃO DO PROJETO À
EQUIPA DE ENFERMAGEM**

Apresentação de Projeto de Estágio no âmbito do Curso de Mestrado
em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente
Pessoa Idosa

DIA: 14/02/2018 às 14h 30'

na Sala de Reuniões do Serviço de Pneumologia

**“A pessoa idosa com infeção respiratória
sujeita a isolamento de contacto/ gotícula:
Intervenções de enfermagem para promoção
do cuidado de Si”**



Docente: Professora Idalina Gomes

Elaborado por: Luísa Conchinha, nº 7388

**APÊNCICE 5: APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE
ENFERMAGEM**



“A pessoa idosa com
infecção respiratória sujeita a
isolamento de contacto/
gotícula:

Intervenções de
enfermagem para
promoção do cuidado de
Si”.

2

SUMÁRIO

Identificação do Projeto

Instituição Envolvida

Componente Científica

Plano de Trabalho e Método

3

Identificação do Projeto

- o Título: “A pessoa idosa com infecção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si”.
- o PALAVRAS-CHAVE:
 - controlo infeção;
 - Isolamento;
 - Intervenções enfermagem;
 - Parceria;
 - Pessoa Idosa.
- o DATADO INÍCIO: outubro 2017
- o DURAÇÃO: 4 Meses

Instituição Envolvida

- Serviço de Pneumologia do Hospital Y
- Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, sediada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (UI&DE/ESEL) na linha de investigação *Intervenções de Enfermagem*

Componente Científica

A Pessoa Idosa e o Risco de Infecção

"A saúde (física e/ou mental) é seguramente uma das preocupações das pessoas mais velhas."
(Paúl & Ribeiro, 20012, p.14)

A Senescência celular leva a uma diminuição da imunidade.

"A fragilidade é a suscetibilidade à doença e resulta do declínio funcional."
(Paúl & Ribeiro, 2012, p.25)

"As pessoas têm capacidades muito variadas de resistir às infeções, e isso depende de muitos fatores, que incluem a idade, o estado geral, o estado de nutrição,..."
(Wilson, 2003, p.72)

Componente Científica

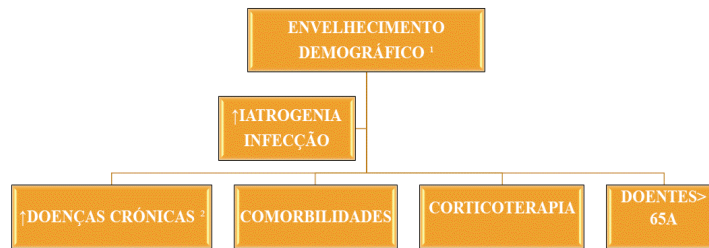
A PESSOA IDOSA E RISCO DE INFEÇÃO

Os idosos têm resposta imunitária diminuída, nomeadamente a resposta dos linfócitos T, tornando-os mais suscetíveis a infeção

Os doentes >65 anos têm duas vezes maior risco de sofrer de iatrogenia no internamento

Componente Científica

A PESSOA IDOSA E RISCO DE INFEÇÃO



1. INE (2017)
2. OMS (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde.

Componente Científica

A PESSOA IDOSA E RISCO DE INFEÇÃO

- A Pneumonia permanece como uma das principais causas de morte em todo o mundo, estando entre as cinco mais frequentes em pessoas acima dos 65 anos nos EUA¹
- A etiologia da pneumonia no idoso não é de caracterização simples, pois envolve vários fatores^{1,2}
- O idoso está mais frequentemente colonizado por *Staphylococcus aureus* e bactérias gram negativas (*Klebsiella p.*; *Escherichia c.*)²

1. Fernandes et al. (2001); 2. Figueiredo (2001)

Componente Científica

AS IACS SÃO UM PROBLEMA

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Página Inicial

Bem-vindo ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

DESTAQUES

- Inquérito de Prevalência de Ponto - IPP/PPS 2017
- Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI
- HALT-3 - brevemente

A Campanha de Higiene das Mãos fundiu-se numa campanha mais alargada - "Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (CPBCI)", agora designada como "Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI".
 A aplicação informática de apoio a esta Campanha passou assim a integrar:

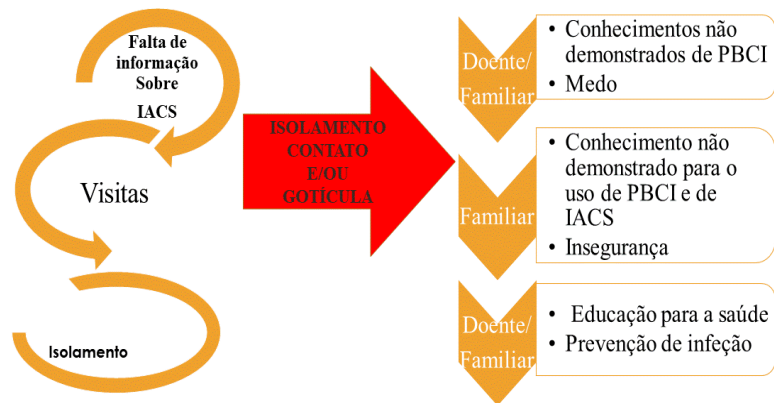
1. **Higiene das Mãos** - desde 2009
2. **Auditoria de Estruturas e Processos das PBCI** - desde 2014
3. **Uso de Luvas nas Unidades de Saúde** - desde Novembro de 2016

Componente Científica

Aplicar a todos os utentes, mesmo sem conhecer o seu diagnóstico!



Componente Científica



Parcerias com os cuidados

O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA EM ISOLAMENTO

FASES DA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE PARCERIA NA RELAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE IDOSO



A PESSOA IDOSA EM ISOLAMENTO POR INFEÇÃO

Sentimentos negativos

- Solidão; Abandono; Distúrbio do sono
- Depressão; Angústia da Morte, Ansiedade
- Culpa; Despersonalização
- Medo; Insegurança; Estigma

Tyler C. (1997); Madeo M. (2003); Abad C. et al 2010; Duarte T. et al (2015) e Gulley- Lerondeau B et al. (2014)

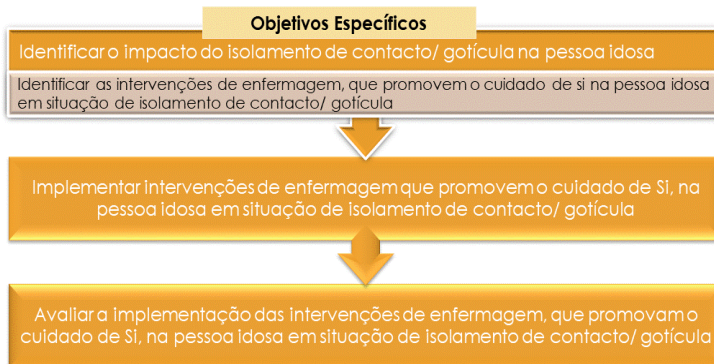
Questão de investigação
?

“Quais as intervenções que os enfermeiros do serviço de pneumologia do Hospital Y desenvolvem para promover o cuidado de si na pessoa idosa em situação de isolamento de contacto/ gotícula?”

FINALIDADE: desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica, no cuidado em parceria com a pessoa idosa e sua família, nomeadamente na promoção do cuidado de Si/outro em situação de isolamento contacto/ gotícula

Objetivos Gerais: Desenvolver competências na prevenção de infeção respiratória nosocomial e implicações do isolamento na pessoa idosa
Contribuir para o desenvolvimento competências na equipa multidisciplinar na prevenção e controlo de infeção respiratória nosocomial e nas implicações do isolamento na pessoa idosa

Plano de Trabalho e Método

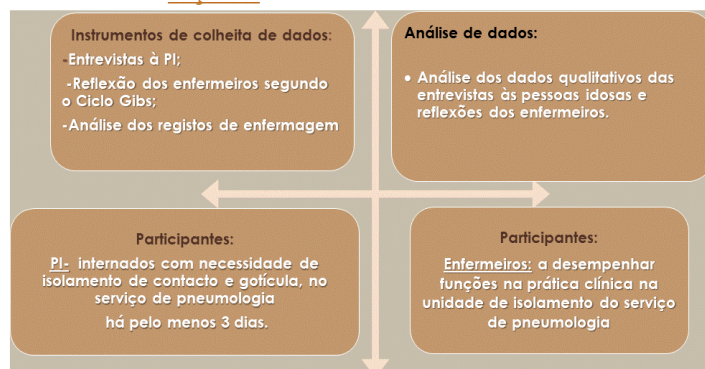


Gomes I. D. (2016).

projeto

Análise Swot		Na conquista do objetivo	
		Ajuda	Dificulta
Origem do fator	Interna (serviço)	Forças <ul style="list-style-type: none"> Trabalho equipa Motivação para a mudança Participação em formação Equipa jovem Pertinência do tema Ser MD do GCL-PPCIRA Formação auditorias 	Fraquezas <ul style="list-style-type: none"> Inexperiência profissional (equipa jovem) Simultaneidade de atividades Recursos humanos abaixo do ratio
	Externa (ambiente)	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> Formação académico Aquisição de conhecimentos Acompanhamento trabalho projeto: colegas e orientadores Orientação tutorial ↑ qualidade dos cuidados à pessoa idosa Melhoria de condições de trabalho 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> Estrutura física A não atualização de recursos humanos Baixa predisposição para o isolamento Tempo limitado p/ desenvolver o projeto

Métodologia: Investigação-ação¹



1.Morton- Cooper, 2000; Streubert & Carpenter, 2002

Bibliografia

- Abad C. et al (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital Infection*, 76. 97 – 102
- Duarte T. et al (2015) - Repercussões Psicológicas do Isolamento de Contato: uma Revisão. *Psicologia Hospitalar*, 13. 88-113
- Direção Geral de Saúde (2016) - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Direção Geral de Saúde
- Fernandes, A., Fernandes, M.O. & Filho, N. (2000). *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Figueiredo, A.M. (2011). Pneumonia no idoso. *Revista portuguesa de pneumologia*, 7 (6), 1-9.
- Gomes I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Saarbrücken, Deutschland. Novas Edições Académicas.
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si a Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.: Tese de doutoramento

Bibliografia

- Guilley- Lerondeau B. (2016). Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *European Journal of Clinical Microbiology* DOI 10.1007/s10076-016-2772-z
- Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal (2017), acessido em <https://www.inec.pt>, a 14/07/2017
- Madeo M. (2003). The psychological impact of isolation. *Nursing times*. Vol.99, 7, pp.54-55.
- Morton-Cooper, A. (2000). *Action Research in Health Care*. London: Blackwell Science
- Paúl, C.; Ribeiro, O. (2012) – *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Sousa T. (2013) – *Intervenções de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa com Infecção a Clostridium Difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado
- Tyler C. (1997) – The Nursing management of MRSA on spinal injuries unit. *British Journal Nursing*, 6, pp134-142
- Wilson, Jennie (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. Loures. Lusociência.
- World Health Organization – WHO (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

**APÊNDICE 6: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE REGISTOS
SEGUNDO O MODELO DE PARCERIA**

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI, À PESSOA IDOSA (PI) COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA SUJEITA A ISOLAMENTO DE CONTACTO/GOTÍCULA, BASEADO NO MODELO DE PARCERIA (GOMES 2016)

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA: REVELAR-SE

Indicador: Identificação da PI sujeita a isolamento de contacto/ gotícula	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Nome preferido	9	0	
Idade	9	0	
Profissão/ Ocupação	6	3	
Diagnóstico	5	4	

Indicador: Ambiente Familiar	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Agregado Familiar	8	1	
Estado Civil	9	0	
Pessoa Significativa	8	1	
Família Nuclear	4	5	
Prestador de cuidados	4	5	
Necessidade Social	0	9	
Apoios anteriores	0	9	

Indicador: Situação de Saúde/ Doença	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Conhecimento de diagnóstico	4	5	
Antecedentes Pessoais	7	2	
Medicação de ambulatório	7	2	
Internamentos anteriores	2	7	
Motivo de internamento	8	1	
Conhecimento de colonização prévia	1	8	
Motivo para isolamento de contacto / gotícula	9	0	
Hábitos e Estilos de vida (higiene; alimentares; atividade física; aditivos)	6	3	

Indicador: Autocuidado	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Autocuidado	3	6	
Alimentar-se	5	4	
AC Higiene	6	3	
AC Vestuário	4	5	
AC Uso Sanitário	8	1	
Posicionar-se	4	5	
Transferir-se	6	3	
Andar	1	8	

Indicador: Incapacidade para Autocuidado	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Absorção			NA
Conforto	1	8	

Indicador: Segurança do doente (PI)	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Risco de Queda (Escala de Morse)	9	0	
Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden)	9	0	
Risco de Infecção	6	3	
Consciência (Escala de Glasgow)	8	1	
Alergias	8	1	
Dor (Escala numérica)	8	1	
Alertas (registo de infecção/ colonização)	4	5	

2ª FASE: ENVOLVER-SE

Indicador: conhecer a individualidade e projeto de vida do doente (PI) de modo a otimizar a relação terapêutica	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Nome do enfermeiro responsável	8	1	
O enfermeiro proporciona tempo e espaço para uma comunicação/ relação terapêutica baseada na escuta ativa	1	8	Observado: Realizado não registado
Deteta / identifica ansiedade no doente relativamente à condição de isolamento	2	7	
O enfermeiro desenvolve estratégias adaptativas na comunicação apesar do uso de equipamento de proteção individual, nomeadamente máscara	0	9	Observado: Realizado não registado
Desmistifica o isolamento, excluindo qualquer hipótese de estigma associado	0	9	Observado: Realizado não registado

3ª FASE: CAPACITAR /POSSIBILITAR

Indicador: criar competências para agir-decidir-agir no cuidado de Si e do Outro	REGISTADO	Ñ REGISTADO	OBSERVAÇÕES
Baseia a tomada de decisão dos cuidados no potencial do doente para o autocuidado, abordando sempre a vertente psico-emocional	8	1	
Fomenta o vínculo do doente com o seu projeto de vida, como por exemplo, criar o seu próprio jornal de parede, com fotos de família/ amigos, postais, desenhos dos netos, lembretes, fotos de animais de estimação, etc.	0	9	Observado: Realizado não registado
Mantém contato com pessoas significativas, quando não for possível presencialmente, proporcionar um telefonema ou até uma videochamada, promovendo o <i>empowerment</i>	0	9	Observado: Realizado não registado
Assume o cuidado que o outro teria consigo se tivesse autonomia	7	2	
Informa a pessoa significativa do doente de como assegurar o cuidado do seu familiar	1	8	Observado: Realizado não registado

4ª FASE: COMPROMETER-SE

Indicador: manter o projeto de vida do doente (PI) atingindo os objetivos propostos	REGISTADO	Ñ REGISTRADO	OBSERVAÇÕES
Possibilitar uso de roupas pessoais, quando isso é importante para o doente	0	9	Observado: Realizado não registrado
Possibilitar o uso de telemóvel; computador pessoal; rádio	0	9	Observado: Realizado não registrado
Informar o doente que quando toca a campainha, inicialmente será atendido por intercomunicador para que a enfermeira tenha conhecimento da sua necessidade, mas que esta entrará no quarto assim que que colocar o equipamento de proteção individual	0	9	Observado: Realizado não registrado

5ª FASE: ASSEGURAR O CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Indicador: promover a gestão do projeto de vida/ saúde do doente (PI), capacitando o familiar para o cuidado deste	REGISTADO	Ñ REGISTRADO	OBSERVAÇÕES
O doente consegue encontrar bem-estar no processo de transição saúde doença, assumindo o controlo da sua situação no contexto de isolamento	0	9	
O doente demonstra conhecimentos/habilidades para o controlo de infeção	1	8	
A enfermeira de referência assume o cuidado do outro, quando este não tem capacidade, procurando envolver a pessoa significativa ou cuidador familiar neste processo	7	2	
O familiar cuidador demonstra conhecimentos/habilidades para o cuidado, prevenção e controlo de infeção	1	8	

**APÊNDICE 7: ANÚNCIO DA FORMAÇÃO: INDICADORES DE
PARCERIA TRADUZIDOS NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

Apresentação de Resultados de Estágio no âmbito do Curso de
Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente
Pessoa Idosa

DIA: 26/04/2018 às 14h 30'

Sala de Reuniões do Serviço de Pneumologia

**“A pessoa idosa com infeção respiratória
sujeita a isolamento de contacto/ gotícula –
Indicadores de Parceria traduzidos nos
registos de Enfermagem”**



Docente Orientador: Professora Idalina Gomes

Elaborado por: Luísa Conchinha, nº 7388

**APÊNDICE 8: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INDICADORES DE
PARCERIA TRADUZIDOS NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**



SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA



Docente Orientador: Professora Idalina Gomes
Orientador Clínico: Enfermeira Paula Espírito Santo
Elaborado por: Luísa Conchinha, nº 7388

**“A pessoa idosa com
infecção respiratória
sujeita a isolamento
de contacto/
gotícula:**

**Indicadores de
Parceria traduzidos
nos registos de
Enfermagem”**

1

2

SUMÁRIO

- IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO
- INTRODUÇÃO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- CONCLUSÕES

3

Questão de investigação

**“Quais as intervenções que os enfermeiros do serviço
de pneumologia desenvolvem para promover o
cuidado de si na pessoa idosa em situação de
isolamento de contacto/ gotícula?”**

4 IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

TÍTULO:

"A PESSOA IDOSA COM INFEÇÃO RESPIRATÓRIA SUJEITA A ISOLAMENTO DE CONTACTO/ GOTÍCULA – INDICADORES DE PARCERIA TRADUZIDOS NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM"

PALAVRAS-CHAVE:

ISOLAMENTO CONTACTO/GOTÍCULA

PESSOA IDOSA;

PARCERIA;

REGISTOS DE ENFERMAGEM.

5 INTRODUÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Impacto multidimensional (psíquico, físico e social)

HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA EM ISOLAMENTO

- Perda de autonomia;
- Maior nível de dependência;
- Declínio emocional e cognitivo

Lopes C. et al (2015) ; Cabele D. (2005)

6 INTRODUÇÃO

Alteração/ intersubjetividade da Comunicação

Impacto Físico

Isolamento Contacto Gotícula da PI

Impacto Psicológico

Estigma

SENTIMENTOS NEGATIVOS

Solidão;
Abandono;
Distúrbio do sono

Depressão;
Angústia da Morte,
Ansiedade

Medo;
Insegurança;
Estigma

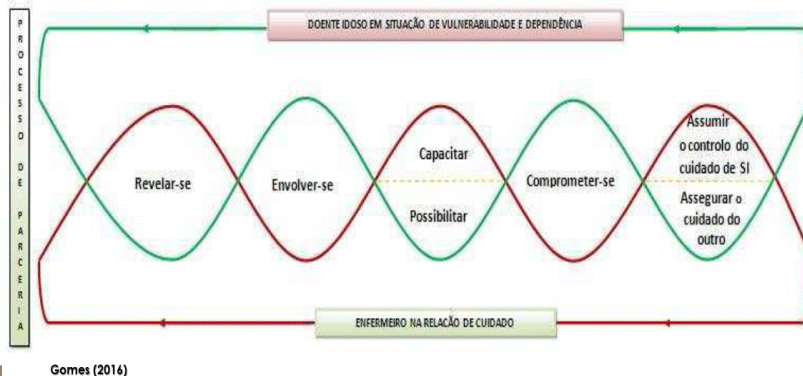
Culpa;
Despersonalização

Tyler C. (1997); Madeo M. (2003); Abad C. et al (2010); Duarte T. et al (2015) e Guilley- Lerondeau B et al. (2014)

Analisar os registos de enfermagem segundo os indicadores do modelo de parceria;

Identificar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados, promovendo o cuidado de si em contexto de isolamento da pessoa idosa/família.

FASES DA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE PARCERIA NA RELAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE IDOSO



INVESTIGAÇÃO - AÇÃO

AMOSTRA DO ESTUDO

9 processos de enfermagem de doentes infetados / colonizados por microrganismos MR

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- pessoas com 65 (ou mais) anos;
- diagnóstico de infeção respiratória;
- PI em isolamento de contacto/ gotícula;
- entre dezembro 2016 e fevereiro de 2018.

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

- grelha de observação dos registos, baseada em indicadores de parceria do modelo de Gomes (2016)

ANÁLISE DE DADOS

- estatística dos dados e análise de conteúdo

INVESTIGAÇÃO - AÇÃO

10

METODOLOGIA

QUESTÕES ÉTICAS

Assegurados os princípios éticos

CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES

Garantida a privacidade dos participantes

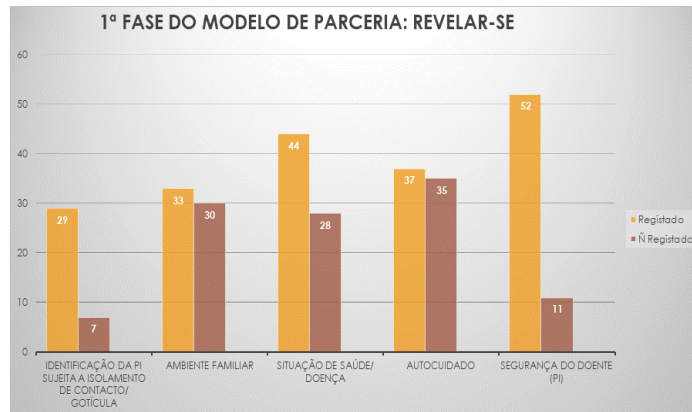
AUTORIZAÇÃO da INSTITUIÇÃO

Garantida a confidencialidade dos dados colhidos

11

RESULTADOS

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA: REVELAR-SE



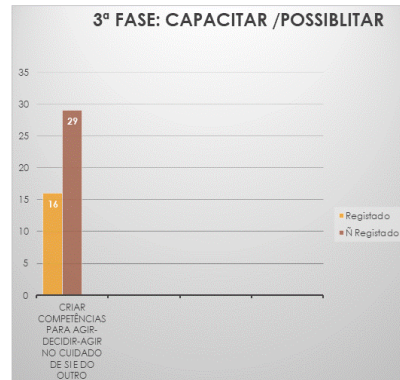
12

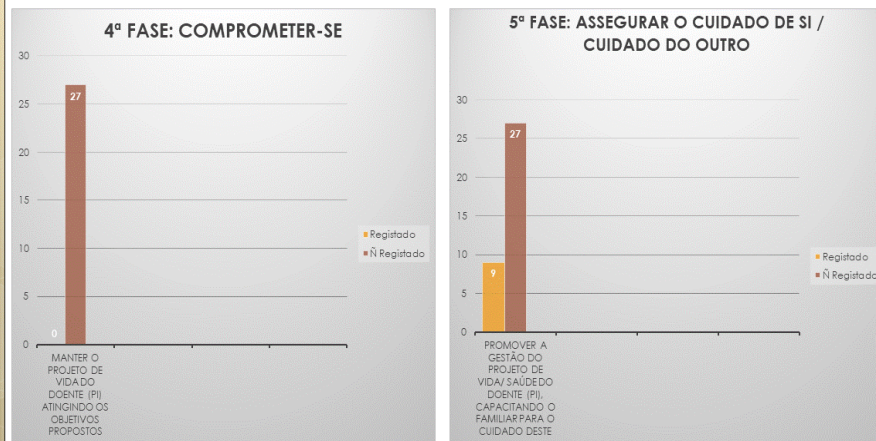
RESULTADOS

2ª FASE: ENVOLVER-SE



3ª FASE: CAPACITAR /POSSIBILITAR





- Abad C. et al (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital Infection*. 76.97 – 102.
- Cabete, D (2005) – *O Idoso , a doença e o Hospital – O impacto do internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa* . Loures, Lusociencia. ISBN 972-8383-89-4
- Duarte T. et al (2015) - Repercussões Psicológicas do Isolamento de Contato: uma Revisão. *Psicologia Hospitalar*. 13. 88-113.
- Gomes I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Saarbrücken, Deutschland, Novas Edições Académicas.
- Guilley- Lerondeau B. (2016); Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *European Journal of Clinical Microbiology*
- Lopes, C. et al (2015) - Integração da família nos cuidados à pessoa idosa internada - Um novo paradigma. *Ordem dos Enfermeiros. Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* . Hospital Garcia da Orta
- Madeo M. (2003). The psychological impact of isolation. *Nursing times*. Vol.99. 7, pp.54-55.
- Martins, A. et al (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Vol. 12. 2, pp. 52-61.
- Tyler C. (1997) – The Nursing management of MRSA on spinal injuries unit . *British Journal Nursing*. 6. 134-142

APÊNDICE 9: APRESENTAÇÃO NO V CONGRESSO DOS ENFERMEIROS:

” IMPACTO DO ISOLAMENTO DE CONTACTO/GOTÍCULA NA PI:

O QUE REVELAM OS REGISTOS DE ENFERMAGEM DA PARCERIA DE CUIDADOS”

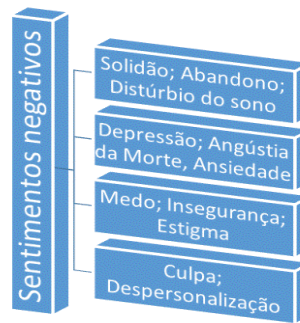
Impacto do isolamento de contacto/gotícula na
Pessoa Idosa:
O que revelam os registos de enfermagem da

Parceria de cuidados
CUIDAMOS DO FUTURO!

Autores:
Luísa Conchinha
Idalina Gomes



INTRODUÇÃO



Tyler C. (1997); Madeo M. (2003); Abad C. et al 2010; Duarte T. et al (2015) e Guillely- Lerondeau B et al. (2016)

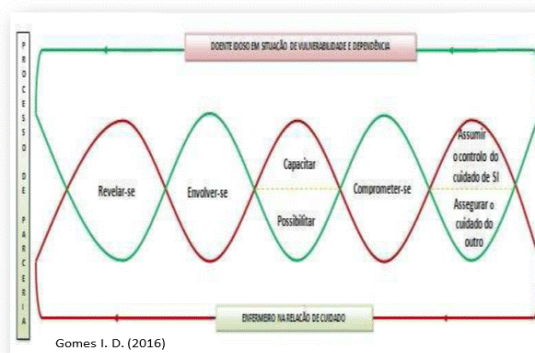


www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt



OBJETIVOS

1. Analisar os registos de enfermagem, segundo indicadores do modelo de parceria;
2. Identificar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados, promovendo o cuidado de si em situações de isolamento da pessoa idosa/família

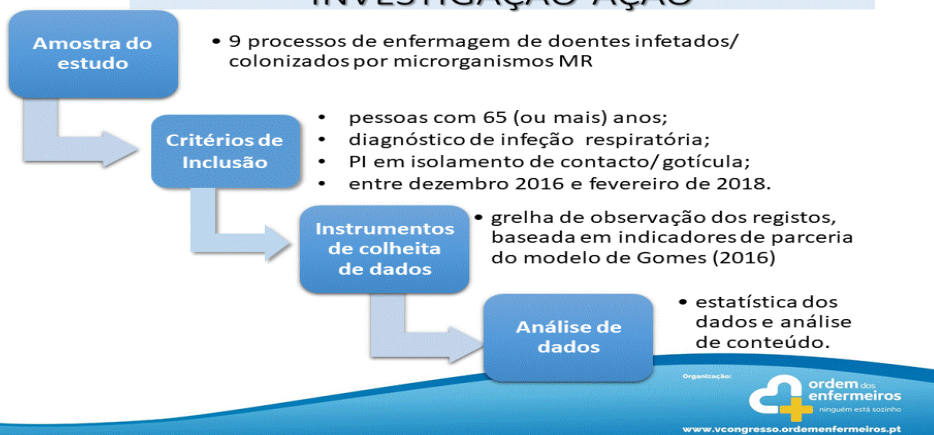


Gomes I. D. (2016)

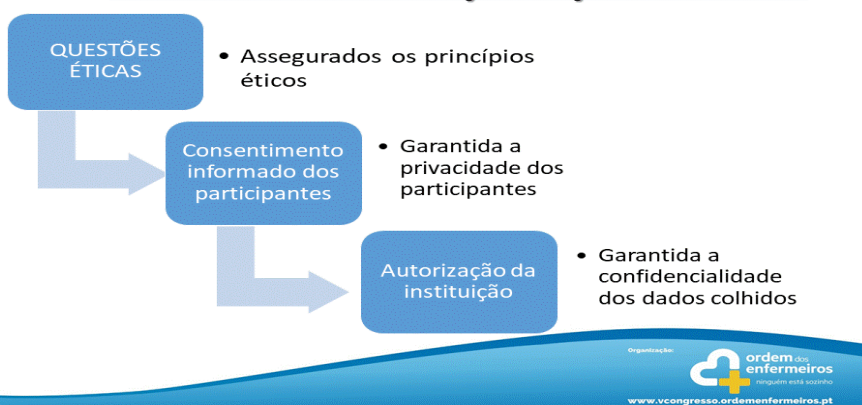


www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

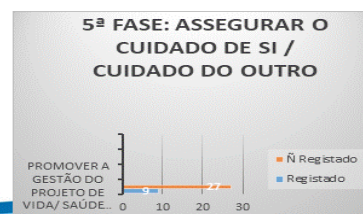
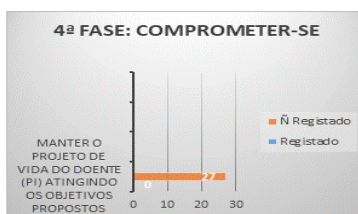
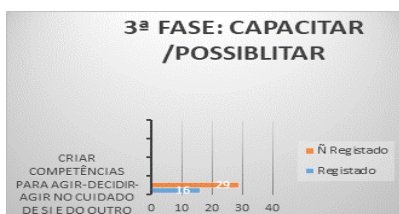
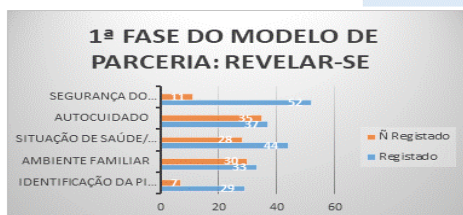
METODOLOGIA: INVESTIGAÇÃO-AÇÃO



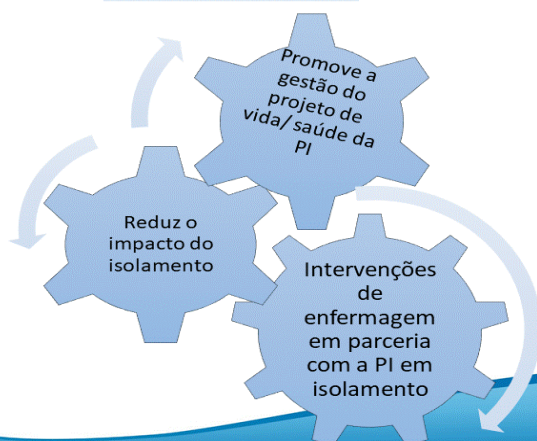
METODOLOGIA: INVESTIGAÇÃO-AÇÃO



RESULTADOS



CONCLUSÕES



REGISTOS DE ENFERMAGEM

Dão visibilidade às intervenções enfermagem

Garantem a segurança do doente

Conferem excelência ao cuidado de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad C. et al (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of hospital Infection*. 76. 97 – 102.
- Duarte T. et al (2015) - Repercussões Psicológicas do Isolamento de Contato: uma Revisão. *Psicologia Hospitalar*. 13. 88-113.
- Gomes I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si; parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Saarbrücken, Deutschland. Novas Edições Académicas.
- Guilley- Lerondeau B. (2016); Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *European Journal of Clinical Microbiology*
- Madeo M. (2003). The psychological impact of isolation. *Nursing times*. Vol.99. 7, pp.54-55.
- Martins, A. et al (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Vol. 12. 2, pp. 52-61.
- Tyler C. (1997) – The Nursing management of MRSA on spinal injuries unit . *British Journal Nursing*. 6. 134-142

APÊNDICE 10: GUIÃO PARA REFLEXÃO DOS ENFERMEIROS

Guião de reflexão para enfermeiros do Serviço de Pneumologia

Esta reflexão enquadra-se no desenvolvimento do projeto com o título: “A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si”, no âmbito académico do 8º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, na ESEL.

A opinião dos profissionais é essencial para identificar e avaliar aspetos da prática de enfermagem relativos à intervenção de enfermagem à pessoa Idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/gotícula, no sentido de promover o cuidado de si.

Não existem respostas certas ou erradas. As respostas são confidenciais.

Pense, numa situação de prestação de cuidados a uma pessoa idosa internada no serviço de pneumologia em isolamento de contacto/ gotícula, descreva os cuidados que prestou tendo em conta a promoção do cuidado de SI, suportando-se nas etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs:

Descrição – o que aconteceu?

Sentimentos – o que pensei e senti?

Avaliação – o que foi bom e mau na experiência?

Análise – que sentido pode encontrar na situação?

Planear a ação- o que sugere ser necessário fazer para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em isolamento de contacto/gotícula para promover o cuidado de SI?

Obrigada pela colaboração!

**APÊNDICE 11: CONSENTIMENTO INFORMADO DOS
ENFERMEIROS**

Consentimento esclarecido aos participantes Pessoas Idosas

Exmo. (a). Sr. (a), está a ser convidado a colaborar num estudo cujo título é:

“A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si”. Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem, que melhorem o cuidado de si em situação de isolamento de contacto/ gotícula.

A sua colaboração far-se-á através da resposta a uma entrevista. As informações obtidas (dados e respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de outubro. Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento.

Almada, ___/___/_____

Assinatura do investigador do estudo _____

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

Almada, ___/___/_____

Assinatura do Participante

APÊNDICE 12: CATEGORIA E SUB-CATEGORIAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>Dificuldades dos enfermeiros na intervenção para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em ICG</p>	Gestão da informação ao utente/ família
	Cumprimento das práticas de controlo de infeção
	Aceitar a não cura do doente
	Envolver a família nos cuidados
	Gestão de sentimentos
<p>Fatores dificultadores das intervenções para a promoção do cuidado de Si na pessoa idosa em situação ICG.</p>	Estigma da enfermagem
	Restrição do toque terapêutico
	Falta de reflexão
	Dependência nas AVD's
	Falta de tempo para a prestação de cuidados no ICG
	Dotações de cuidados insuficiente para o tipo de doente
	Insegurança nas intervenções no ICG em coorte
	Medidas de contenção física como medida de segurança contra queda
	Afastamento dos quartos de isolamento
	Dificuldades familiares/ sociais em contexto de ICG
<p>Fatores facilitadores das intervenções para a promoção do cuidado de Si na pessoa idosa em situação ICG.</p>	Características da pessoa idosa que facilitam o processo
	Reflexão na prática de enfermagem
	Nova experiência de cuidado proporciona crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros
	Aprender a lidar com as emoções do doente
	Disponibilidade da enfermeira para a educação relativa ao ICG.
	Desmistificar o isolamento e a doença contagiosa
	Relação de confiança
	Aprendizagem sobre o ICG

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Impacto do isolamento no doente e família (sob a perspetiva dos enfermeiros)	Familiar inquieta e ansiosa
	Angústia e apreensão
	Distanciamento da família
	Receio de contágio
Impacto do isolamento no doente (segundo a perspetiva dos enfermeiros)	Isolamento físico e psicossocial do doente
	Privação da humanização do cuidado pelo toque no final de vida
	Sentimentos de abandono
	Doente assume o Estigma
	Alteração brusca do comportamento do doente
	Resiliência da PI
Intervenções que a enfermeira reconhece que precisam ser melhorados para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em situação de ICG.	Comunicação no acolhimento
	Partilha de sentimentos entre a equipa de enfermagem
	Otimização da terapêutica do doente
	Condições geográficas dos doentes isolados
<u>Sentimentos</u> dos enfermeiros na intervenção para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em situação de ICG.	Desconforto
	Preocupação
	Ansiedade
	Tristeza
	Impotência
	Medo do contágio
	Sentimentos negativos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Intervenções de enfermagem realizadas para promover o cuidado de Si na pessoa idosa em situação de ICG.	Edução para saúde
	Cumprimento das normas Controlo de infeção / PBCI
	Formação em serviço
	Relação parceria com o doente
	Reconhecimento do impacto da relação no cuidado em fase terminal
	Desenvolver competências / estratégias para melhorar o conforto do doente
	Tempo disponibilizado pela enfermeira com presença
	Estratégias de comunicação
	Reflexão dos enfermeiros sobre as práticas
	Preparação do regresso da PI a sua casa

**APÊNDICE 13: APRESENTAÇÃO DE SESSÃO NA UCC SOBRE
MRSA**

Cuidados de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa Colonizada com MRSA em Contexto Domiciliário

Docente: Professora Idalina Gomes

Orientadora: Enfermeira Susana Saiote

Discentes: Dília Mateus nº1175

Luísa Conchinha, nº 7388

Janeiro 2018

SUMÁRIO

- A pessoa idosa e o risco de infeção
- Programa de saúde prioritário
- SA e MRSA
- UE, Portugal e o MRSA
- MRSA: Fatores de Risco
- MRSA: Colonização e Infeção
- Profissionais de saúde e o controlo de infeção
- Cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa colonizada com MRSA

A PESSOA IDOSA E O RISCO DE INFEÇÃO

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

(Paúl e Ribeiro, 2012, p.14)

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

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

(Paúl e Ribeiro, 2012, p.25)

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

(Wilson, 2003, p.92)

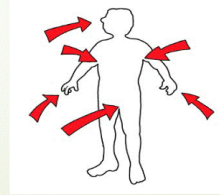
STAPHYLOCOCCUS AUREUS (SA)

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

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

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

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



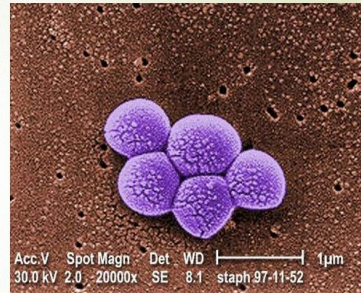
NHC, Conselhos para pessoas não Hospitalizadas afectadas por MRSA, 2008

STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA)

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

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

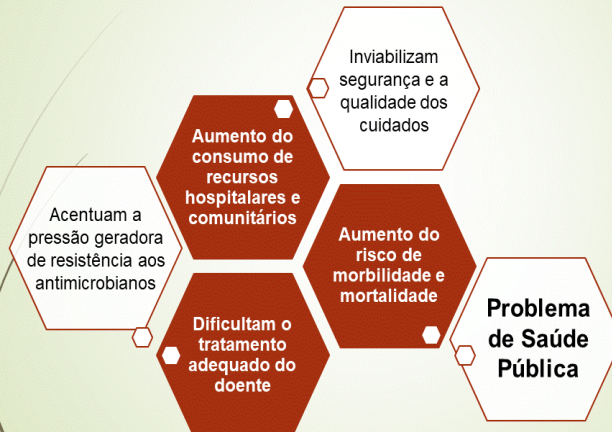
DGS - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, 2015
Wilson, J. Controlo de infeção na prática clínica, 2003



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

www.cdc.gov/mrsa/index.html

INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)



DGS, 2017

PROGRAMA DE SAÚDE PRIORITÁRIO



Despacho n.º ____/2013

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

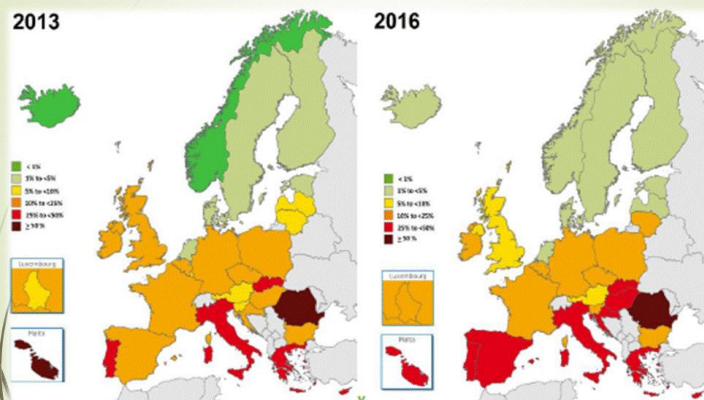
Os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas.

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

Programa de saúde prioritário

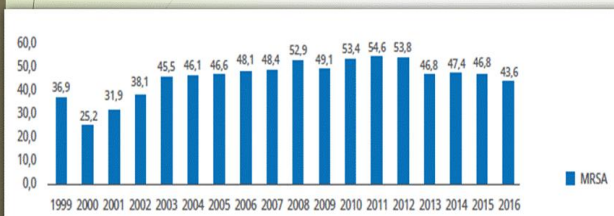
Diário da República, 2013

UE, PORTUGAL E MRSA



ECDC, 2017

PORTUGAL E MRSA...



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

DGS, 2017

MRSA: FATORES DE RISCO

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

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

MRSA: COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO

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

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

MRSA: COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO

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

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

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

Estudos revelam que...

- 26% dos corrimãos dos autocarros públicos em circulação na cidade do Porto, a pesquisa de MRSA era positiva
- 36,2% de um total de 199 autocarros públicos analisados em Lisboa revelaram a presença de MRSA.
- A prevalência geral de MRSA em idosos em Portugal é baixa, pelo que este grupo etário não representa um reservatório significativo deste microrganismo na comunidade.

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

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

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

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONTROLO DAS INFEÇÕES

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

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

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

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

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONTROLO DAS INFEÇÕES

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

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

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

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

PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO E INFEÇÃO (PBCI)



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

REVELAR-SE

Dar-se a conhecer como enfermeira de referência

Conhecer o doente e o seu projeto de vida

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

ENVOLVER-SE

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

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

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

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

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

CAPACITAR/POSSIBILITAR

Desmistificar a colonização e estigma associado

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

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

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

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

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

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

CAPACITAR/ POSSIBILITAR

Desmistificar a colonização e estigma associado

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

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

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

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

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

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

COMPROMETER-SE

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

Despistar sinais de infeção
Assegurar o tratamento de feridas quando existentes

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

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

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

ADAPTADO DO PROCESSO DE PARCERIA DE GOMES (2009)

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, et al (2014). Prevalence, risk factors, and epidemiology of MRSA carried by adults over 60 years of age. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2015) 34:593–600. DOI: 10.1007/s10096-014-2267-8.
- Boucher H, Miller LG, Razonable RR. (Set 2010) Serious infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis. 15;51 Suppl 2:S183–97. DOI: 10.1086/653519
- Despacho 2902/2013 de 22 Fevereiro. Diário da República 2º nº 38, de 22 Fevereiro de 2013. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2014a). Norma nº018/2015 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA). Acedido em 15/12/2017. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122017.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Inquérito de Prevalência de Infeção 2017. Relatório. Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 02/01/2018. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Conceição T, Diamantino F, Coelho C, de Lencastre H, Aires-de-Sousa M (2013) Contamination of Public Buses with MRSA in Lisbon, Portugal: A Possible Transmission Route of Major MRSA Clones within the Community. PLoS ONE 8(11): e77812. doi.org/10.1371/journal.pone.0077812
- European Antimicrobial Resistance Surveillance System. EARSS Annual Report 2017. Bilthoven: EARSS; 2017. Available from: http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/earssnet/documents/2008_earss_annual_report.pdf

BIBLIOGRAFIA

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

BIBLIOGRAFIA

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