



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O utente sob precauções baseadas nas vias de
transmissão: evolução da capacidade de autocuidado

André Filipe Lucas Carvalho Catarino

Coimbra, Julho de 2021



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O utente sob precauções baseadas nas vias de
transmissão: evolução da capacidade de autocuidado

André Filipe Lucas Carvalho Catarino

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, Professor
Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica

Coimbra, Julho de 2021

2021

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

André Filipe Lucas Carvalho Catarino

A capacidade para o autocuidado do utente em internamento hospitalar:



Agradecimentos

Aos professores M^o Isabel Fernandes e António Amaral

por me terem orientado nesta longa caminhada.

À minha família que me apoiou e que se

viu privada da minha companhia em diversos momentos.

Índice siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI - Equipamentos de Proteção Individuais

ESBL - beta-lactamase de espectro estendido (tradução)

ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

HICPAC -Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

RAM - resistência dos microrganismos aos antimicrobianos

KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

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

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBVT -Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCC - Participantes, conceito e contexto

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente á meticilina (tradução)

CDI - Clostridium difficile infection

RIL - Revisão integrativa da literatura

TBP - transmission based precautions

Resumo

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são, segundo a Direção Geral da Saúde (2017), problemas interligados e com importância crescente à escala mundial. Para fazer frente a este problema foram desenvolvidas ferramentas como as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Estas traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Segundo o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2019) quando surgem situações para as quais as PBCI não são suficientes para bloquear a via de transmissão do agente infeccioso recorre-se às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT), que se dividem em transmissão por via aérea, por gotículas e de contacto. A aplicação destas PBVT têm, contudo, descritos efeitos adversos como compromisso do domínio emocional, aumento da frequência de eventos adversos, menor contacto com os profissionais de saúde e maior ocorrência de situações de *delirium*. Na elaboração desta investigação questiona-se a possibilidade destes efeitos adversos das PBVT interferirem na capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio, ou seja no seu autocuidado. Para responder a esta investigação foi desenvolvido um estudo descritivo e correlacional, com uma abordagem quantitativa. Foi utilizado o índice de Barthel para avaliar a capacidade para o autocuidado dos utentes, além de dados para caracterização e uma entrevista semiestruturada complementar. O estudo desenvolveu-se numa enfermaria de medicina interna onde foram incluídos 224 utentes, dos quais 54 estiveram hospitalizados com prescrição de PBVT e os restantes 170 utentes não foram submetidos às mesmas. Verificou-se que a maior parte dos utentes apresentou idade igual ou superior a 70 anos, um nível de dependência elevado e não foram alvo da prescrição das PBVT. A PBVT mais frequente foi a de contacto e o microrganismo que mais a justificou foi o MRSA. O foco de infeção mais comum foi o pulmonar. Os utentes alvos da prescrição de PBVT apresentaram médias de orientação e autonomia mais baixas. Como resultados, não se verificou correlação entre aplicação das PBVT e menor progressão na capacidade para o autocuidado e estado de orientação. Este estudo terá duas principais limitações: ser realizado apenas numa enfermaria e ter sido desenvolvido com uma amostra não aleatória e de reduzidas dimensões.

Palavras chave: “enfermagem”, “autocuidado”, “precauções baseadas nas vias de transmissão”.

Abstract

The Healthcare associated infections and increase in antibiotic resistance are, according to the Direção Geral da Saúde (2017), interconnected problems and a worldwide concern. In order to deal with this problem, some tools were developed such as the standart precautions. These represent good practice guidelines and should be adopted by every healthcare worker when caring for any patient in order to lower the infeccion risk. According to Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee when the standart precautions are not enough to block the transmission of the indentified microorganism, the transmission based precautions (TBP) are used as a complement to the standart precautions. The TBP includes contact precautions, droplet precautions and airborne precautions.

The use of these TBP have some negative effects described, such as emotional compromise, increase in adverse effects, less contact with healthcare workers and increase in *delirium*. In this investigation, we question if there is a possibility that the transmission based precautions might interfere with the patient self-care ability. In order to achieve this goal, a correlational study was developed. The Barthel Index was used to colect data of the patient ability to self-care. It was also colected descriptive information about the patient and a semi-structured was used to colect complementary data.

The study took place in an internal medicine ward where 224 patients were included , 54 of them were submitted to transmission based precautions and 170 were not. Most of the participants were 70 years old or more, had a high level of dependency and were not targeted by TBP. Pulmonary infection was the most common aswell the contact precaution and MRSA was the most common cause of this TBP. The participants targeted by the TBP showed less cognitive integrity and less autonomy.

In the end it was not possible to establish a correlation between the aplication of transmission based precautions and worse progress in the selfcare ability and cognitive integrity.

The fact that this study was made just in one hospital ward and with a non randomized sampling represent the two main limitations.

Keywords: “nursing”, “self-care”, “transmission-based precautions”

Índice de tabelas

TABELA 1 - Artigos analisados	33
TABELA 2 - Conseqüências do isolamento identificadas por artigo.....	34
TABELA 3 - Frequência absoluta por microrganismo identificado	56
TABELA 4 - Frequência absoluta dos microrganismos que motivaram a prescrição de Isolamento	57
TABELA 5 - Frequências absolutas dos Focos de infecção.....	58
TABELA 6 - Distribuição das frequências dos níveis de dependência dos utentes infectados no 1º e 2º momento	59
TABELA 7 - Frequências relativas e absolutas dos níveis de dependência pelo índice de Barthel em dois momentos.....	61
TABELA 8 - Frequências absolutas e percentuais relacionadas com a avaliação cognitiva	62
Tabela 9 – Frequência absoluta a relativa de mortalidade por estado de orientação e prescrição de PBVT.....	63
TABELA 10 - Frequência absoluta das atividades quotidianas desenvolvidas pelos utentes.....	64
TABELA 11 – Frequência absoluta das unidades de significado da importância das atividades.....	66
TABELA 12 – Resultado da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para avaliação da aderência à normalidade	68
TABELA 13 – Estatísticas descritivas das amostras testadas.....	68
TABELA 14 – Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney.....	69

Índice de figuras

Figura 1 - Distribuição dos utentes submetidos às PBVT.....	53
Figura 2 - Representação gráfica dos utentes repartidos por faixa etária.....	54
Figura 3 - Distribuição dos indivíduos da amostra por faixa etária e género.....	55
Figura 4 - Representação gráfica dos tipos de isolamento prescritos aos utentes.....	55
Figura 5 - Representação gráfica da evolução da média do índice de Barthel.....	61
Figura 6 - Representação gráfica das frequências absolutas das atividades desenvolvidas.....	64
Figura 7 - Frequência absoluta das intenções na realização.....	66

ÍNDICE

ÍNDICE	18
INTRODUÇÃO	17
PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL	21
1 - INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE	23
2 – PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO	24
3 – PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO	26
4 – AUTOCUIDADO	28
5 – CONSEQUÊNCIAS DAS PBVT	31
5.1 – EFEITOS ADVERSOS DAS PBVT: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	32
PARTE DOIS: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
6 – ESTUDO EMPÍRICO	41
6.1 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	42
6.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	43
6.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
6.4 – VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	45
6.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	47
6.8 – TRATAMENTO DOS DADOS	48
PARTE TRÊS: RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	53
7.1. RESULTADOS DESCRITIVOS	53
7.1.1 CAPACIDADE FÍSICA E MENTAL	58
7.1.1 RESULTADOS QUALITATIVOS	63
7.2 ANÁLISE INFERENCIAL	67
8. DISCUSSÃO	71
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2017), problemas interligados e com importância crescente à escala mundial.

Para fazer frente a este problema emergente foram desenvolvidas algumas ferramentas como as Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Estas, segundo a DGS (2017), traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada. Estas incidem sobre dez itens: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Segundo o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2019) quando surgem situações para as quais as PBCI não são suficientes para bloquear a via de transmissão do agente infeccioso recorrem-se às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) - via aérea, gotículas e contacto. Estas são sempre aplicadas em complemento às PBCI e não em sua substituição.

Estas PBVT são conhecidas na nossa realidade de cuidados como o isolamento de contacto, de gotícula ou via aérea, subtipos das PBVT já apresentados. É, portanto, a aplicação destas PBVT o tema central desta dissertação de mestrado pois, é delas que fala quando se menciona o isolamento do utente.

O isolamento está associado, segundo Colorado, Toro e Tarima (2014) a um conjunto de consequências e/ou efeitos adversos tais como: o maior tempo de internamento; menor número de contactos e de cuidados prestados pelos profissionais de saúde; mais efeitos adversos possíveis de prevenir; maior número de consequências psicológicas como ansiedade e depressão; e menor satisfação por parte do doente. Mesmo o HICPAC (2019) recomenda que quando são aplicadas as PBVT devem ser feitos esforços para minimizar possíveis efeitos adversos no doente como ansiedade ou

depressão, redução dos contatos com os profissionais de saúde e aumento nos eventos adversos de modo a aumentar a adesão dos doentes e profissionais de saúde às PBVT.

A aplicação das PBVT tem, assim, uma ação dupla, por um lado a prevenção de complicações nomeadamente infeções e, por outro, aumenta o risco de vários efeitos adversos, tal como anteriormente descrito.

Na elaboração desta investigação questiona-se a possibilidade dos potenciais efeitos adversos das PBVT interferirem na capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio, isto é, do seu autocuidado. Esta capacidade para responder às necessidades de autocuidado, segundo Petronilho (2012) envolve os domínios cognitivo, físico, emocional, psicossocial e do comportamento.

Assim, delineou-se uma investigação, partindo da questão “As PBVT, durante o internamento hospitalar, tem consequências na evolução da capacidade para o autocuidado do doente infetado?”

Para responder a esta questão será desenvolvido um estudo descritivo e correlacional e será realizada uma entrevista semiestruturada para colher dados complementares aos dados quantitativos resultantes do estudo correlacional.

A investigação foi projetada na pretensão de responder aos objetivos:

- Caracterizar os utentes envolvidos no estudo através de dados demográficos e clínicos;
- Caracterizar o nível de dependência dos envolvidos;
- Avaliar a evolução da integridade cognitiva dos utentes nos diferentes grupos;
- Verificar se existe diferença na evolução dos utentes durante o internamento em termos de capacidade para o autocuidado;

Este relatório, estruturalmente, além da presente introdução, está organizado em três partes principais:

- Enquadramento teórico / concetual onde são explorados os conceitos centrais desta dissertação sendo eles as IACS, as PBCI, o autocuidado, as PBVT e por fim as consequências para o utente associadas à sua aplicação.

- Estudo empírico onde é realizado o enquadramento metodológico e explanados os seguintes pontos: tipo de estudo e objetivos; questão de investigação e hipóteses; população e amostra; variáveis e Instrumentos de colheita de dados; processo de colheita de dados; e procedimentos éticos e tratamento de dados.
- Resultados e discussão onde são apresentados os resultados conseguidos através da investigação e submetidos a posterior discussão.

Seguir-se-á, por fim a conclusão.

PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL

1 - INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com a DGS (2007) as IACS são infeções, adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. O conceito de infeções nosocomiais ou infeção adquirida durante o internamento no hospital por uma pessoa que foi internada por outro motivo, sendo que à data da admissão a infeção não estava presente nem em incubação. Este não é um conceito abrangente, uma vez que excluiu o ambulatório, surgindo o termo IACS como o mais adequado.

“O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas infeções afim de reduzir o risco de infeção cruzada”. (DGS, 2007).

Não se tratando de um problema recente, as IACS assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. Em 2007, a DGS referia que em associação com o aumento da esperança de vida, a disponibilização de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas e um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, assim como a sobrelotação dos hospitais, eram fatores que contribuíam para o risco acrescido de infeção (DGS, 2007).

O alerta para as IACS dado em 2007 pela DGS é reforçado novamente em 2017: “As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos.” (DGS, 2017, pg5)

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, no relatório global sobre a vigilância da RAM, refere que se trata de um problema de saúde pública internacional, prevendo que, se não forem controladas, até 2050, mais de 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos (DGS, 2017). Também em Portugal têm vindo a ser realizados estudos de prevalência que apontam para uma taxa de infeção hospitalar de 10,6%, valor este que se encontra acima da média europeia, que é de 6,1% (Pina, Silva, Nogueira, & Paiva, como referido por Conceição, 2017).

Face a esta problemática, a DGS (2007), baseada em resultados de estudos internacionais, reitera que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. Assim, de forma a reforçar a resposta a este problema de saúde pública, dando continuidade às práticas já desenvolvidas em Portugal nas últimas décadas, foi criado em 2013, um dos nove programas de saúde prioritários da DGS, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultante da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana, surgindo como resposta à necessidade de uma nova abordagem de ambos os problemas, potenciando as oportunidades geradas pela sua interligação (DGS, 2017).

A estrutura de gestão do PPCIRA prolonga-se da DGS a todas as unidades de saúde, com o objetivo de reduzir a emergência de resistências a antibióticos, promovendo o uso racional destes fármacos, ao mesmo tempo que dá ênfase à promoção global das PBCI.

2 – PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

As PBCI constituem um conjunto de “... regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade...” (DGS, 2017, p.5).

Estas regras de boa prática permitem minimizar a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo as situações em que é necessário recorrer a antibióticos e conseqüentemente também reduzir o aparecimento de resistências. Estas regras incidem sobre dez itens: avaliação individual do risco de infeção na admissão e no isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infeção, as PBCI, para além de constituírem uma estratégia de primeira linha para o controlo das IACS, são um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam

cuidados de saúde, a todos os doentes, em todos os locais, independentemente de ser conhecido o estado infeccioso dos doentes, o seu diagnóstico ou suspeita de diagnóstico (DGS, 2007).

Neste sentido, há duas décadas, o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) introduziu as PBCI como uma componente central e estratégica de prevenção primária das IACS, tratando-se de uma abordagem horizontal, aplicável a todos os profissionais de saúde em contato com utentes, independentemente da presença suspeita ou confirmada de um agente infeccioso (Hessels, Genovese-Schek, Agarwal, Wurmser & Larson, 2016). De acordo com os resultados de vários estudos internacionais, tem-se verificado que, apesar dos programas instituídos pelas comissões de controlo de infeção, a responsabilidade de prevenir e controlar as IACS, através da adesão às PBCI, é sempre individual e coletiva. O êxito dos programas desenvolvidos no âmbito da adesão está diretamente relacionado com o envolvimento de todos os profissionais de saúde.

De acordo com Pereira et al., como referido por Gonçalves (2012), pelo seu perfil profissional e a especificidade dos cuidados prestados, aos enfermeiros cabe o papel privilegiado de implementar a política institucional de prevenção e controlo de infeção hospitalar. A Ordem dos Enfermeiros, através do regulamento 190/2015, onde define as competências do enfermeiro de cuidados gerais, salienta que, de entre uma série de contextos profissionais em que o enfermeiro se move, no âmbito da gestão dos cuidados e promoção de um ambiente seguro, é competência do enfermeiro a implementação de procedimentos de prevenção e controlo de infeção. Também no regulamento 140/2019, definidor das competências comuns do enfermeiro especialista, é consignado como competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; assim como garante um ambiente terapêutico e seguro. Este regulamento confere, a todos os enfermeiros especialistas, responsabilidades acrescidas na coordenação da implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Assim, considerando as áreas específicas de intervenção do enfermeiro a nível da prevenção e controlo de infeção, associado ao facto de constituírem uma classe profissional predominante nas unidades de saúde e com presença contínua junto do doente, o enfermeiro assume um papel central na promoção segurança do doente, garantindo a qualidade dos cuidados através da sua prática (Conceição, 2017).

3 – PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

As PBVT estão hoje definidas pelo HICPAC (2019) como "isolation precautions" (precauções de isolamento) e também como "transmission-based precautions" (precauções baseadas na via de transmissão). Foi esta última a nomenclatura adotada pela DGS, em 2015.

As PBVT são medidas tomadas quando as PBCI não são suficientes para bloquear a rota de transmissão do agente infeccioso. Quando estas são implementadas, são sempre implementadas em complementação às PBCI e o mesmo utente pode ter mais do que um isolamento ativo, como por exemplo o de contato e gotículas (HICPAC, 2019).

A aplicação das PBVT baseiam-se:

- Na cadeia epidemiológica da infeção (os microrganismos envolvidos nas infeções; as fontes/reservatórios; as portas de saída e de entrada dos microrganismos; e a suscetibilidade individual de cada doente);
- Nos conceitos de infeção/colonização/contaminação;
- Nas definições de infeção por localização;
- Na aplicação de medidas de proteção e de contenção, mediante a situação clínica de cada doente e os procedimentos a efetuar (DGS, 2015).

O isolamento do utente em quarto individual para prevenção de transmissão de infeção é atualmente defendido pelo HICPAC (2019) no qual refere que os quartos individuais são preferenciais quando existe a preocupação por parte dos profissionais que exista transmissão de um agente infeccioso. O tipo de isolamento a aplicar depende das vias de transmissão e requer preferencialmente um quarto individual no isolamento por contato e gotículas e, é mandatório, no isolamento por via aérea e de proteção.

O isolamento de contato é aplicado para prevenir a transmissão de agentes infecciosos que são disseminados por contato direto ou indireto. O contacto direto refere-se a contacto de pele com pele e o indireto através dum objeto intermediário (DGS, 2015). Quando não há possibilidade de alocar o doente num quarto individual é aconselhado a articulação com a equipa do controle de infeção para averiguar a melhor solução. Caso o doente fique num quarto com mais doentes dever-se-á manter uma distância mínima de cerca de 1 metro entre as camas para diminuir as hipóteses de partilha de objetos (contato indireto). Os profissionais de saúde que cuidam de utentes sob isolamento de contato deverão usar avental e luvas em todas as interações com o doente ou com as

áreas potencialmente contaminadas do ambiente circundante. Os equipamentos de proteção individual devem ser equipados na entrada para o quarto e descartados antes de sair de modo a conter os agentes infecciosos (HICPAC, 2019).

O isolamento de gotículas tem a intenção de prevenir a transmissão de agentes infecciosos através das secreções respiratórias correspondentes a partículas superiores a 5µm. Estas são geradas pela fala, tosse, espirro, aspiração ou broncoscopia e têm alcance de 1 metro (DGS, 2015). Caso não exista a possibilidade de alocar o doente num quarto individual, serão mantidos os mesmos cuidados que no isolamento de contato e uma cortina sempre que o doente se encontre num quarto com mais utentes. Os profissionais de saúde deverão usar máscara para contatos com o doente equipando-a à entrada do quarto e descartando antes de sair do mesmo. Caso o utente tenha de ser transportado deverá utilizar máscara (HICPAC, 2019).

O isolamento por via aérea previne a transmissão de agentes infecciosos correspondentes a partículas < 5µm, sendo estas núcleos de gotículas ressequidas, suspensas no ar, podendo circular até longas distâncias como por exemplo a do sarampo e da varicela (DGS, 2015). A alocação do doente com este tipo de isolamento deverá passar preferencialmente por um quarto com ventilação especializada (pressão do ar negativa, renovação de ar, expulsão do ar para o exterior através dum filtro HEPA). Sempre que este tipo de quarto não está disponível, é recomendado que o utente fique num quarto individual, com máscara e com a porta fechada. Os profissionais de saúde que cuidam destes doentes deverão utilizar máscaras N95 ou equivalentes (HICPAC, 2019).

Por fim, o ambiente protetor está desenhado para proteger os utentes imunodeprimidos das IACS e para reduzir infeções por fungos. Este exige a alocação do utente num quarto individual com filtração do ar, pressão positiva, selagem do quarto para evitar entrada de ar não filtrado vindo do exterior, mudança de ar 12 vezes por hora, minimizar a presença de pó (limpeza regular, evitar tapetes,...) e proibição de flores ou plantas no quarto do utente (HICPAC, 2019).

4 – AUTOCUIDADO

Segundo Orem (2001) o autocuidado define-se como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.

“Ao longo do ciclo vital, oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando pelas mais diversas razões, nos processos de transição se altera a nossa condição ou a do meio, a da autonomia caminhamos para a dependência” Queirós (2010, p.5).

O autocuidado é um conceito central para a saúde do ser humano pois segundo Hartweg & Pickens (2016) citado por Santos et al. (2017), as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de rehospitalização.

O autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringido às atividades de vida diária e às instrumentais. Orem desenvolveu três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado que explora como e porque é que as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice de autocuidado, que explora as razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem que explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Santos, Ramos & Fonseca, 2017).

Teoria do autocuidado

“A teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado” Pereira (2012, p.30).

Centrado na capacidade que os indivíduos têm de cuidar de si, no desempenhar atividades em seu benefício com vista à manutenção da vida, saúde e bem-estar, o autocuidado tem de responder a seis requisitos básicos, comuns a todas as pessoas: manutenção de ingestão suficiente de água, ar e alimentos; eliminação; equilíbrio entre atividade / descanso e solidão / interação social; prevenção de riscos para a vida /

promoção do bem-estar; por último, promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais (Orem, Taylor e Renpenning, 2001).

Orem agrupa os requisitos de autocuidado em três categorias de, entre os quais: universais (comuns a todos os seres humanos, durante todo o ciclo de vida), desenvolvimentais (promovem processos de vida e maturação, previnem condições nocivas) e de desvio de saúde (é exigido em condição de doença ou lesão) (Taylor, 2004).

Teoria do déficit do autocuidado

Quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados (Santos et al. 2017).

Orem no seu modelo expõe relações entre os conceitos. Num determinado momento a pessoa tem capacidades específicas de autocuidado, assim como exigências terapêuticas. Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, surge um déficit de autocuidado havendo necessidade de enfermagem. O enfermeiro avalia o déficit de autocuidado, adequa a sua intervenção, sendo que esta surge quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, ensinar. (Pereira, 2012).

Teoria dos sistemas de enfermagem

“Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Podem ser utilizados um ou mais que um dos três sistemas num indivíduo”. Pereira (2012).

Segundo a autora supracitada, no sistema totalmente compensatório o indivíduo apresenta limitações que o tornam socialmente dependente de outros, para continuar a sua existência e o seu bem-estar. O indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado que exigem locomoção autodirigida e controlada. Existem três subsistemas do sistema totalmente compensatório: 1- incapazes de se envolverem em qualquer forma de ação voluntária; 2- conscientes, com capacidade para observar, fazer

juizamentos, tomar decisões, mas sem capacidade ou indicação para desempenhar ações como a deambulação; 3-incapacitadas de cuidar de si e tomar decisões sobre o autocuidado e outros, podendo conseguir deambular e realizar algumas tarefas de autocuidado com orientação e supervisão contínua.

No que respeita ao sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro e a pessoa desempenham medidas de autocuidado (Pereira, 2012).

O autocuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa, sendo que a função deste é compensar algumas tarefas de autocuidado. A distribuição das responsabilidades do enfermeiro ou da pessoa para efetuar as tarefas de autocuidado variam consoante as limitações da condição de saúde da pessoa ou prescrições médicas; os conhecimentos técnico-científicos e habilidades exigidas, a força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender atividades. (Petronilho, 2012)

Relativamente ao sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desenvolver a sua capacidade para desempenhar o seu autocuidado, necessitando de apoio, orientação e instrução, ou seja aprende a executar através da orientação. Assim, a função do enfermeiro é a de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades. (Pereira, 2012).

Assim, as pessoas autocuidam-se para satisfazerem as suas necessidades e quando não são capazes de se adaptarem nos vários processos de transição, necessitam de autocuidado terapêutico para os *“ajudar nesses mesmos processos, fornecidos por agentes de autocuidado com ações deliberadas, adquirindo autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e por fim autocuidado produtivo, com vista à recuperação do bem-estar”* (Queirós, 2010, p.7). Os enfermeiros têm a este nível uma intervenção decisiva, já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção de saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e das suas habilidades (Tomey & Alligood, 2007). (Tomey & Alligood, 2007).

Na nossa realidade nacional, verifica-se o aumento do envelhecimento da população, tendo a população idosa duplicado entre 1960 e 2004. Este fenómeno tem criado um maior número de pessoas com doenças crónicas e com mais dependências e é previsível que este grupo represente 32% da sociedade em 2050 (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

5 – CONSEQUÊNCIAS DAS PBVT

A pesquisa na literatura sobre as consequências da utilização de PBVT sobre a pessoa permitiu identificar alguns e importantes contributos sobre este fenómeno, salientando-se que todos orientam para conclusões muito similares. Associado ao isolamento da pessoa infetada surgem com particular destaque, nas revisões de literatura, as consequências menos positivas. A maioria são referentes a um impacto negativo no bem-estar mental incluindo, mais elevados índices de depressão, ansiedade e raiva como conclui a revisão sistemática de Abad, Fearday & Safdar (2010). O aumento das taxas de incidência de depressão nas pessoas em isolamento durante o internamento também é identificado por Sprague et al. (2016), Sharma et al. (2020) e Gammon, et al. (2019), autores que também relevam a ansiedade e outras consequências ao nível dos processos psicológicos.

Apesar da relação entre o estar em isolamento e a depressão ser reforçada por Sprague et al. (2016), esta é apenas verificada em contexto de unidades de internamento que não sejam unidades de cuidados intensivos. No caso dos utentes internados neste tipo de unidades não é verificada diferença significativa na prevalência da depressão. A justificação avançada pelos autores é que o aumento do contato com os profissionais de saúde, que nestas unidades estão tipicamente presentes num rácio dum enfermeiro para dois utentes e com avaliações horárias, poderem mitigar a sua ocorrência.

As precauções de isolamento também podem estar associadas a taxas aumentadas de *delirium* da pessoa como documenta Sprague et al. (2016). Os autores salientam a importância de diminuir o isolamento pessoa pois o *delirium*, condiciona maior tempo de internamento, uso de restrições físicas à mobilidade e maior uso de drogas. O *delirium* foi também associado a maior morbilidade e mortalidade na investigação desenvolvida por Kiely, Marcantonio, Inouye, Shaffer, Bergmann, Yang, Fearing & Jones (2009).

Abad, Fearday & Safdar (2010) e Sprague et al. (2016) demonstram que os profissionais de saúde passam menos tempo com os utentes, levando a que estes tenham menor grau de satisfação com os cuidados e maior probabilidade de experimentarem um evento adverso durante a hospitalização.

Sprague et al. (2016) reforça que, no que se prenda com a segurança, os utentes em isolamento têm o dobro da probabilidade de ficarem expostos a eventos adversos tais como, quedas, úlceras de pressão, erros de fluidoterapia ou de reposição de eletrólitos. Os autores afirmam também que aqueles utentes recebem menos atenção dos

profissionais de saúde pois há menos entradas nos quartos, menos contato físico e menos tempo gasto nos em seus cuidados. Os contactos com as visitas de familiares e amigos eram também mais reduzidos.

Os menores contactos, com os utentes em isolamento, podem ocasionar-lhes sentimentos de estigmatização (Gammon et al. 2019), aumentar a sua sensação de vulnerabilidade e a perceção de que não são dignos de atenção (Sprague et al. 2016).

5.1 – EFEITOS ADVERSOS DAS PBVT: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Para compreender e rever o que há descrito sobre consequências da aplicação das PBVT nas evidências mais recentes, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados segundo os passos duma revisão integrativa da literatura (RIL), um dos métodos de pesquisa integrados no “movimento da prática baseada na evidência” que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a “finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas, sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p.759)

De acordo com as etapas definidas por estas autoras, a primeira prende-se com a identificação do tema e a definição da questão de pesquisa. Assim, a RIL partiu de uma questão norteadora, “Quais os efeitos adversos nos utentes infetados submetidos às PBVT (precauções de isolamento) durante o internamento hospitalar?”. Assim, pretendeu-se conhecer a partir da identificação nas bases de dados o que já está descrito e que possa ser compreendido como efeito adverso para o utente que se encontre sob PBVT, isto é, em isolamento durante o internamento hospitalar.

Assim, foi realizado em dezembro de 2020 uma pesquisa, seguindo as etapas de uma revisão integrativa da literatura (RIL), nas bases de dados Academic Search, CINAHL, MEDLINE através da plataforma EBSCO host, utilizando a equação de pesquisa em inglês: AB (isolation precautions OR source isolation OR contact isolation) AND AB hospital AND AB (impact OR adverse effects OR consequence OR effect) NOT AB (children or adolescents) NOT AB (covid-19 or coronavirus or sars-cov-2).

Para a pesquisa de evidência científica foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão de forma a selecionar a melhor evidência disponível. Assim, foram incluídos os estudos que:

1. Foram publicados entre janeiro 2015 e dezembro 2020;
2. Identificassem qualquer conceito que possa ser compreendido como efeito adverso para o utente submetido às PBVT em contexto hospitalar;
3. Estivessem disponíveis em texto integral.

Da pesquisa e seleção de artigos a partir dos descritores e nos motores de busca/bases de dados resultaram cinco artigos apresentados na tabela 1.

TABELA 1 – Artigos analisados

AUTORES	ANO	TÍTULO	REVISTA
Bendjelloul, G., Gerard, S., Birgand, G., Lenne, F., Rioux, C., Lescure, X., Yazdanpanah, Y., Lucet, J-C.	2020	Impact of admission to high-risk isolation room on patients' and healthcare workers' perceptions: A qualitative cross-assessment approach.	Médecine et maladies infectieuses
Guilley-Lerondeau, B., Bourigault, C., Guille des Buttes, A., Birgant, C., Lepelletier, D.	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 & Infectious Diseases
Tran, K., Bell, C., Stall, N., Tomlinson, G., McGeer, A. Morris, A. ... & Abrams, H.	2017	The effect of hospital isolation precautions on patient outcomes and cost of care: a multi-site, retrospective, propensity score-matched cohort study	Journal of General Internal Medicine
Mutsonziwa, G., Green, J., Blundell, J.	2020	Registered nurses' perspectives on how patients with multi-drug resistant organisms experience isolation	Infection, Disease & Health
Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J., Davido, B.,	2019	Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection	American Journal of Infection Control

Os artigos selecionados foram lidos integralmente e foi analisado o seu conteúdo, considerando o objetivo do estudo, as opções metodológicas, a amostra e os principais resultados e conclusões. Este processo permitiu organizar e sumariar as informações de forma concisa, esquematizando o conjunto de dados para o acesso e gestão mais facilitados.

São estudos realizados em contextos culturais e geográficos diferentes, sendo um realizado no Canadá, três em França e um na Austrália. De acordo com o modelo de

análise da classificação das evidências de Stetler, Brunell & Guiliano (1998), foram analisados, dois artigos com evidência de nível III e três de nível IV.

Os 5 artigos analisados tinham amostras muito díspares que variaram entre 30 e 19900 participantes no total, sendo que destes, os utentes em isolamento estudados variavam entre 8 e 2251.

O objeto de estudo das investigações analisadas oscilou desde o impacto psicológico nos utentes e profissionais de saúde, passando pelo risco de morte ou readmissão, satisfação, tempo médio de internamento, cumprimento do tempo de internamento esperado, eventos adversos, mortalidade intra-hospitalar, custo do internamento até aos erros de medicação.

Os resultados referentes ao isolamento são agora apresentados na tabela seguinte.

TABELA 2 – Consequências do isolamento identificadas por artigo

	<i>Artigo 1</i>	<i>Artigo 2</i>	<i>Artigo 3</i>	<i>Artigo 4</i>	<i>Artigo 5</i>
<i>Satisfação do utente</i>	-	X	-	-	-
<i>Stress nos profissionais de saúde</i>	X	-	-	-	-
<i>Níveis de depressão e ansiedade</i>	X	X	-	X	X
<i>Tempo de internamento hospitalar e de incumprimento do tempo de internamento esperado</i>	-	-	X	-	-
<i>Custos monetários associados ao internamento</i>	-	-	X	-	-
<i>Readmissão hospitalar</i>	-	-	X	-	-
<i>Acesso aos cuidados de saúde</i>	X	X	-	X	-

Estando identificadas as consequências da aplicação das PBVT / isolamento a nível hospitalar disponíveis nesta RIL a primeira análise e mais relevante prende-se com a inexistência de resultados diretamente relacionados com a finalidade desta pesquisa.

Contudo, os sete temas identificados ainda contem consequências relevantes para os utentes submetidos às PBVT por isso serão agrupadas e exploradas em maior detalhe.

Temas como os maiores custos monetários associados ao internamento, maior tempo de internamento hospitalar, incumprimento do tempo de internamento esperado e risco de readmissão hospitalar encontrados no terceiro artigo foram interpretados como consequências administrativas. Ainda que importantes do ponto de vista político e da gestão em saúde não são tão relevantes neste contexto.

O maior stress para os profissionais de saúde demonstra que nem só os utentes sofrem com a aplicação das PBVT mas não vai de encontro do objetivo desta revisão que é encontrar evidências de consequências para os utentes que sejam sujeitos às mesmas.

Dos cinco artigos incluídos nesta RIL, quatro identificaram consequências psicológicas para o utente, tais como a ansiedade, depressão e menor satisfação. Outros três artigos salientaram a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, demonstrando maior tempo de espera, menor número de visitas e menor assistência por parte dos profissionais de saúde.

No artigo um, Bendjelloul, Gerard, Birgand, Lenne, Rioux, Lescure, Yazdanpanah e Lucet (2020), através de entrevistas semiestruturadas a 14 utentes e 16 profissionais de saúde do departamento de doenças infecciosas de um hospital em Paris. As entrevistas aos profissionais de saúde demonstraram o stress evidenciado pelos mesmos que foi descartado previamente por não se encontrar no PCC definido.

As entrevistas aos utentes foram aplicadas a dois grupos. Um de 8 utentes alocados à ala de alto risco, destinada a conter agentes de maior risco de transmissão e outros 6 que não o foram. Através destas entrevistas demonstraram existir impacto emocional nos utentes tendo estes demonstrado sensação de serem prisioneiros, maior ansiedade por percecionarem a doença como mais grave, receio de contaminar a família e também sensação de exclusão. Além disso, os utentes também referiram menos visitas dos profissionais de saúde e maior tempo de espera por solicitação de ajuda comparando com outros internamentos hospitalares. Os utentes referiram que sentiram falta da espontaneidade das visitas e interações com os profissionais de saúde denotando um maior planeamento nas visitas dos profissionais de saúde.

Os estudos desenvolvidos no artigo dois por Guilley-Lerondeu, Bourigault, Buttes e Birgand (2016), evidenciaram que os doentes em isolamento de contacto desenvolveram quadros depressivos, de ansiedade e sofrimento emocional.

Guilley-Lerondeau et al., (2016) numa amostra de 30 utentes sob isolamento e 60 utentes não isolados (grupo de controle), concluiu que o grupo de utentes isolados

apresentava menor satisfação na relação com os profissionais de saúde e maiores níveis de ansiedade segundo a escala de Spielberger, escala utilizada para avaliar esta resposta. Saliente-se que este é um estudo qualitativo que recorreu à realização de entrevista ao terceiro dia após o utente ser colocado sob isolamento, para recolha de dados. A menor satisfação estava principalmente relacionada com relações de menor qualidade com os profissionais de saúde e também a menor disponibilidade e menor assistência diária prestada pelos mesmos.

No quarto artigo Gift, Mutsonziwa, Green e Blundell (2020) recorreram a um estudo qualitativo, aplicado aos profissionais de saúde para relatarem as vivências dos utentes submetidos a PBVT. Foram entrevistados 16 enfermeiros e foram obtidos relatos sobre a diminuição na frequência das relações interpessoais, exclusão, solidão, medo da infeção (para si e para outros que possa infetar) e diminuição da prontidão para prestar cuidados por parte dos profissionais que levava a maior tempo de espera por solicitação também identificado no primeiro artigo.

Por fim Hereng, Dinh, Salomon e Davido (2019) conduziram também um estudo qualitativo na qual executaram 11 entrevistas a utentes submetidos a isolamento a partir das quais apuraram a sensação de medo e ansiedade.

O fato de numa RIL de cinco artigos, três apresentarem desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e quatro conterem resultados explícitos sobre consequências psicológicas e emocionais dá-nos alguma segurança para inferir que estas consequências estão frequentemente associadas à aplicação das PBVT.

A desigualdade de acesso aos cuidados leva-nos facilmente a questionar sobre se os utentes submetidos às PBVT não terão comprometido o seu processo de recuperação.

Como foi referido na introdução, segundo Petronilho (2012) uma das capacidades para a satisfação do autocuidado é o domínio emocional que se encontra frequentemente prejudicado como foi demonstrado na RIL.

Para Lima, Ramos, Bezerra, Rocha, Batista & Pinheiro (2016) “a depressão é uma condição clínica de grande relevância em idosos, pois aumenta a morbimortalidade, impacta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes indivíduos”.

O compromisso da capacidade para o autocuidado em indivíduos com o domínio emocional afetado já foi também explorado por alguns autores. Ao estudar a relação entre a depressão pós acidente vascular cerebral (AVC) e a funcionalidade do utente jovem e adulto, Amaricai & Poenaru (2015) constataram que existia uma correlação

entre os níveis de depressão e o nível de funcionalidade do utente. Também Brown, Hasson, Thyselius e Almborg, (2012) a partir de um estudo similar concluíram que o grau de compromisso das atividades de vida diária, depois de um AVC, está associado com o fato do utente desenvolver ou não depressão pós-AVC.

Bettoni, Ottaviani e Orlandi (2017) verificaram que os utentes sob hemodialise com sintomas de depressão ou ansiedade demonstravam menos capacidade para o autocuidado do que aqueles que não apresentavam sintomas.

Esta associação entre o compromisso do domínio emocional e a limitação na capacidade para o autocuidado atribuem pertinência à realização do estudo.

A reforçar este sentido de oportunidade estão os resultados de Abad, Fearday & Safdar (2010), Sprague et al. (2016), Sharma et al. (2020) e Gammon et al. (2019) apresentados no início do capítulo das consequências das PBVT que reforçaram a relação entre a aplicação das PBVT e o sofrimento psicológico / emocional e ainda adicionaram mais consequências negativas como:

- Maior frequência de eventos adversos tais como, quedas, úlceras de pressão, erros de fluidoterapia ou na reposição de eletrólitos;
- Menos visitas dos profissionais de saúde assim, como de familiares e amigos;
- Menor tempo de permanência no quarto/unidade menor e menos contato físico por parte dos profissionais de saúde;
- Maiores níveis de *delirium*.

PARTE DOIS: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

6 – ESTUDO EMPÍRICO

A pesquisa em enfermagem oferece, tal como Lobiondo-Wood e Haber (2001) consideram, uma base de conhecimento científico que permite fortalecer a profissão e permite antecipar novas abordagens para lidar com os problemas que influenciam o estado de saúde dos cidadãos.

A investigação em enfermagem assume assim, um papel crucial para a afirmação da enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência, pelo corpo de conhecimentos próprios que vai construindo e um campo de influência abrangente e específico.

Os enfermeiros, ao basearem a sua prática e decisões na pesquisa, documentam a relevância social e a eficácia da sua prática (Polit, Beck & Hungler, 2011) e reconhecem a importância de basear a sua prática na evidência que traduza os resultados da sua prática. Assim, a pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é essencial para mudar práticas que promovam a melhoria do estado de saúde da pessoa.

“A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e sistemático e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p.19).”

Segundo estes autores, no decurso da fase metodológica a atenção do investigador é dirigida, sobretudo, para o desenho de investigação, a escolha da população e/ou da amostra, dos métodos de medida e da colheita de dados.

Assim, neste enquadramento metodológico será apresentado o tipo de estudo, objetivos, questão de investigação, hipóteses, população e amostra, variáveis e os instrumentos a utilizar na colheita de dados. Será ainda explicitado o processo de recolha e de tratamento dos dados e, por fim, as considerações formais e éticas a atender no decurso da investigação.

6.1 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Após a revisão integrativa realizada previamente e tendo em conta as consequências da aplicação das PBVT identificadas na mesma, torna-se evidente que é necessário planear este projeto de modo a conhecer melhor e a construir evidências sobre o impacto do isolamento na evolução da capacidade para o autocuidado do utente ao longo do internamento hospitalar.

São objetivos do estudo:

- Caracterizar os utentes envolvidos no estudo através de dados demográficos e clínicos;
- Caracterizar o nível de dependência dos envolvidos;
- Avaliar a evolução da integridade cognitiva dos utentes nos diferentes grupos;
- Verificar se existe diferença na evolução dos utentes durante o internamento em termos de capacidade para o autocuidado;

Para atingir estes objetivos será desenvolvido um estudo descritivo e correlacional. Sob a designação de “correlacionais” engloba-se todos os patamares de investigação em que o objetivo central da pesquisa é encontrar e avaliar as relações entre variáveis, sem manipulação e sem pretensões de causalidade. Pode-se apontar como características individualizadoras deste modelo metodológico: a) o investigador trabalha em contextos naturais; b) sem exercer qualquer tipo de influência direta sobre o curso dos acontecimentos; e c) serem estudos destinados a testar hipóteses que permitem corroborar teorias ou confrontá-las (Coutinho, 2008).

Estabelecer correlações serve, assim, os objetivos desta investigação permitindo avaliar a relação entre variáveis como dependência, progressão e isolamento. Além das variáveis que foram submetidas a testes de correlação, também existirão variáveis orientadas para caracterizar a amostra como proposto nos objetivos apresentados.

Em complemento foram também realizadas entrevistas breves aos utentes que tinham capacidades cognitivas para responder e aceitar a sua participação. Os objetivos destas entrevistas é caracterizar o quotidiano dos utentes internados por infeção numa enfermaria de medicina interna e identificar se existem diferenças na experiência de internamento entre os utentes submetidos às PBVT e os não submetidos. Estas entrevistas focam-se no quotidiano dos utentes no internamento, e as atividades desenvolvidas, a importância das atividades que desenvolveram e a intenção das

mesmas. Como as questões da entrevista são relativas à experiência de internamento, foram realizadas no final do mesmo.

6.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Os objetivos deste estudo centram-se na dinâmica entre a aplicação das PBVT e a evolução do utente durante o seu internamento. Tendo em conta os objetivos formulados, foi criada uma pergunta de investigação e duas hipóteses:

Questão de investigação: “As PBVT, durante o internamento hospitalar, têm consequências na evolução da capacidade de autocuidado do doente infetado?”

Hipótese 1: As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a evolução da capacidade de autocuidado do utente?

Hipótese 2: As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a evolução da integridade cognitiva do utente?

6.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

“A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, Côté e Filion, 2009, p.311). Tendo em conta a questão de investigação desta dissertação a população alvo é constituída por todos os utentes internados em contexto hospitalar por infeção.

A amostra desta investigação foi do tipo não probabilística, de conveniência de modo a ser compatível com as possibilidades do investigador e com os objetivos da investigação

A amostragem do tipo acidental ou por conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e com critérios de inclusão definidos. Possibilita a escolha de indivíduos, no local certo e momento certo (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Integram a amostra em estudo todos os utentes internados por um processo infeccioso, numa enfermaria de medicina interna dum hospital central de Portugal, nos períodos compreendidos entre novembro de 2018 a fevereiro de 2019 e de julho de 2020 a outubro de 2020.

Excetuaram-se neste critério os utentes em isolamento protetor que foram excluídos dado que o seu isolamento deveu-se à situação de imunossupressão e não à infeção por microrganismos que justifiquem a aplicação de PBVT. Tomou-se esta opção com o objetivo de não introduzir variáveis que ocasionassem viés.

A amostra ficou constituída por 224 utentes sendo que, 155 integram o grupo em que a colheita de dados ocorreu entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019, e 69 das datas de julho de 2020 a outubro de 2020. No pedido de autorização para realização do estudo (apêndice II) é possível verificar que a colheita de dados em processo já estava definida no tempo, enquanto a presencial dependia diretamente da data de autorização. Este pormenor aliado às condicionantes impostas pela pandemia atual explicam o lapso de tempo compreendido entre a colheita de dados em processo e a colheita de dados presenciais.

Destes 224 utentes, 54 foram submetidos, durante o internamento, às PBVT e os restantes 170 utentes não foram submetidos às mesmas precauções.

As entrevistas foram feitas aos utentes avaliados presencialmente e internados desde julho de 2020 a outubro de 2020. Foram incluídos todos os utentes com capacidades cognitivas para responder às questões elaboradas e que aceitaram participar. No que se prende com a entrevista conseguiram-se no total onze entrevistas, oito a utentes não isolados e três a utentes isolados.

6.4 – VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta a questão de investigação e hipóteses criadas, bem como o objetivo central desta investigação, foram consideradas as seguintes variáveis para integrar o instrumento de colheita de dados:

- Variáveis demográficas e clínicas que foram utilizadas para caracterizar a amostra e incluíram: idade, sexo, dias de internamento, microrganismo identificado, órgão afetado, tipo de isolamento e razão para o isolamento;
- Capacidade para o autocuidado e a sua progressão do utente durante o internamento. Integra um grupo de variáveis de avaliação: o estado de orientação (alteração na orientação espaço-temporal ou não) ; e avaliação do Índice de Barthel (total e discriminado). Estes foram avaliados em dois momentos (à entrada/admissão e no desfecho por alta ou por óbito). A evolução da capacidade do utente também foi obtido a partir da diferença entre o total do Índice de Barthel na segunda avaliação e na primeira. O mesmo exercício de evolução foi feito para o estado de orientação;
- Isolamento, outra variável de caracterização, de acordo com o tipo do isolamento (contacto, gotícula ou via aérea). Esta variável permitiu avaliar se existem diferenças na progressão entre os utentes com as PBVT e os não submetidos.

Para a colheita de dados relativos à capacidade para o autocuidado, foi utilizado o Índice de Barthel (Anexo I) como instrumento para avaliar o nível de autonomia do utente. Segundo Azab et al. (2009) o Índice de Barthel é uma escala ordinal que avalia a independência funcional no domínio do autocuidado e da mobilidade. O índice foi desenvolvido por Mahony e Barthel para mensurar as necessidades relacionadas com a dependência de utentes com disfunções neurológicas e ortopédicas. É considerado um índice compreensivo, inclui dez atividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo do esfíncter intestinal, controlo do esfíncter urinário, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Azab et al. 2009).

A organização do índice permite que cada um destas atividades apresente entre 2 a 4 níveis de dependência (0 – dependência total; independência – pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos) (Sequeira, 2007; Apóstolo, 2012).

O Índice de Barthel pode ser preenchido por observação direta, a partir dos registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. O objetivo da sua aplicação é avaliar se o doente é capaz de desempenhar de forma independente as tarefas nele incluídas. Apesar de ser um instrumento unidimensional permite obter informação tanto a partir da pontuação total como das pontuações parciais de cada atividade avaliada e, assim, compreender as incapacidades específicas do utente (Araújo et al., 2007).

Associado ao vasto uso do índice, têm sido desenvolvidas algumas variações à versão original no que se prende com as atividades avaliadas e a forma de avaliação. Também para a interpretação têm surgido subdivisões do score total do índice em categorias com pontos de corte *cut-off* diferentes. O índice na sua versão original pode obter pontuação que varia entre 0 e 100, sendo que Azeredo e Matos (2003) consideraram que o score total pode ser dividido em diferentes categorias: de 0-20 indica, “dependência total”; 21-60 “grave dependência”; 61-90 “moderada dependência”; 91-99 “muito leve dependência”; e 100 “independência”.

No contexto clínico o índice de Barthel dá informação importante, tanto a partir da pontuação total como a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

O índice de Barthel é um instrumento fiável e, que facilmente, pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia dos utentes (Araújo et al., 2007). O estudo destes autores revelou que o índice é: um instrumento com um alfa de Cronbach de 0,96 (nível de fidelidade elevado); os itens da escala apresentam correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$; o estudo forçado a duas dimensões diferenciou por um lado o auto-cuidado e a mobilidade (77,60% da variância) e, por outro, a eliminação (6,88% da variância).

Os dados qualitativos foram colhidos através duma entrevista (anexo II) centrada em três temas a que se associava o porquê ou a intenção da sua existência:

1. Atividades desenvolvidas;
2. Descrição do quotidiano na enfermaria;
3. Importância das atividades desenvolvidas ao longo do dia.

Os objetivos destas entrevistas são procurar compreender o quotidiano dos utentes na enfermaria e avaliar se existe alguma diferença significativa entre os que foram submetidos á aplicação de PBVT e os que não foram. Estas entrevistas foram realizadas no final do internamento, tendo em conta que o objetivo foi conhecer a perceção do utente de toda a experiência de internamento e não apenas alguns dias.

A colheita de dados feita com recurso às três estratégias e instrumentos já explicitados, ocorreu seguindo a sequência que se apresenta:

1. Avaliação presencial que foi realizada aos utentes internados entre julho de 2020 e outubro de 2020. Para preenchimento das variáveis previamente identificadas foram consultados os processos dos utentes e realizadas avaliações presenciais para confirmar e/ou aumentar a precisão das avaliações do índice de Barthel e orientação;
2. Consulta processual, na qual foram inseridos os utentes internados entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019. Todos os dados usados para construção da base de dados foram retirados do processo do utente. A avaliação presencial não foi possível realizar a estes utentes pois, esta colheita de dados foi feita à posteriori do internamento dos mesmos;
3. Entrevista telefónica uma vez que não foi possível estar presente no momento da alta de cada utente.

6.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores.

Realizar uma investigação exige que todo o processo seja objeto de um “olhar da ética”, isto é, que em todos os procedimentos haja qualidade ética e se sustentem no respeito pelos princípios e valores dos indivíduos (Nunes, 2020). O desenvolvimento desta investigação apoiou-se nestes pressupostos e assim “... desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros

estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados” (Nunes, 2020 p. 5), o olhar ético esteve presente.

Apesar de todos os preceitos éticos e legais decorrentes da investigação científica terem sido preservados neste capítulo há especial enfoque nos procedimentos a adotar para a colheita de dados. De forma a cumprir no estudo os mais elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi realizado um pedido de parecer e apreciação a uma Comissão de Ética que obteve parecer favorável (Apêndice V) após pedido de autorização para a realização da colheita de dados:

1. À Diretora clínica do serviço onde os dados foram colhidos (Apêndice II);
2. Ao Enfermeiro chefe (Apêndice III);
3. Ao Presidente do conselho de administração (Apêndice IV);

A participação dos utentes foi voluntária, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Como esta colheita de dados presencial, foi realizada durante a pandemia de coronavírus, não existiram condições de segurança para obter consentimento por escrito. Assim, o consentimento informado (Apêndice VI) foi lido ao utente ou ao seu representante, esclarecidas as questões que apresentaram de modo que fossem informados sobre a finalidade da investigação, o modo de participação solicitada, a possibilidade de recusa sem que daí adviessem quaisquer constrangimentos e a assegurar que a sua participação não acarretaria qualquer prejuízo ou malefício. Assim, foi assegurada a participação informada e voluntária no estudo.

6.8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados colhidos foram transformados numa base de dados em Excel®, a partir da qual se realizaram os exercícios descritivos necessários à caracterização da amostra. Posteriormente os dados foram importados para SPSS® para análise da distribuição e inferencial.

Num primeiro momento foi verificada a normalidade das amostras através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Este teste, como será demonstrado, provou que as amostras analisadas em contexto inferencial apresentam uma distribuição não normal.

Como os resultados da distribuição excluíram a possibilidade de uso de testes paramétricos utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para proceder à análise inferencial, considerou-se o valor de significância de 5%. Assim sendo, caso o teste não paramétrico venha a apresentar um valor p inferior a 0,05 assumia-se a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Como as hipóteses foram colocadas assumindo sempre a diferença entre os grupos, implica que se o valor p encontrado for inferior a 0,05 a hipótese colocada é aceite.

As respostas da entrevista, dada a sua natureza foram processadas de duas formas diferentes. As respostas às questões fechadas foram tratadas a partir da leitura das suas frequências. As outras perguntas da entrevista, de resposta aberta, foram trabalhadas segundo os princípios orientadores de Bardin (2013). O autor considera que as “diferentes fases da análise de conteúdo, ... organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (Bardin, 2013 p. 121).

Assim, a primeira fase é de organização, isto é, a pré-análise, onde após transcrição das falas dos utentes ir-se-á proceder a uma leitura flutuante dos documentos que constituem o corpus de análise e identificar indicadores.

A exploração do material é a fase em que se procuram excertos de texto transformando-os em unidades de registo. Nestas unidades foram identificados conceitos-chave, a partir dos quais surgem as categorias. Estas surgem a partir do processo que o autor denomina como categorização, “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento” por analogia com os critérios definidos (Bardin, 2013, p. 145).

Na terceira fase, de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foram estabelecidas e interpretadas as semelhanças e as diferenças entre as categorias encontradas e realizada a sua análise.

Os resultados do tratamento estatístico e análise dos dados serão apresentados no próximo capítulo com recurso a tabelas e figuras, onde se agregam alguns destes dados e testes estatísticos, para uma mais facilitada visualização dos resultados da investigação.

PARTE TRÊS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Concluída a colheita de dados nos dois momentos, primeiro a partir da base documental, isto é, dos processos clínicos dos utentes internados por um processo infeccioso e, num segundo momento em que houve colheita de dados tanto a partir do processo clínico como presencialmente (preenchimento do Índice de Barthel). Os dados foram reunidos numa base de dados integrando a totalidade dos 224 utentes que constituíram a amostra, sendo que 155 foram colhidos retrospectivamente, a partir dos processos clínicos, e 69 por observação e questionamento presencial dos utentes.

7.1. RESULTADOS DESCRITIVOS

Destes 224 utentes, 54 estiveram sob prescrição de PBVT e consequentemente em isolamento e os restantes 170 utentes não foram submetidos a estas precauções durante o internamento hospitalar, isto é, não tiveram restrições nos seus contactos durante o internamento. Tal distribuição é apresentada na figura 1.

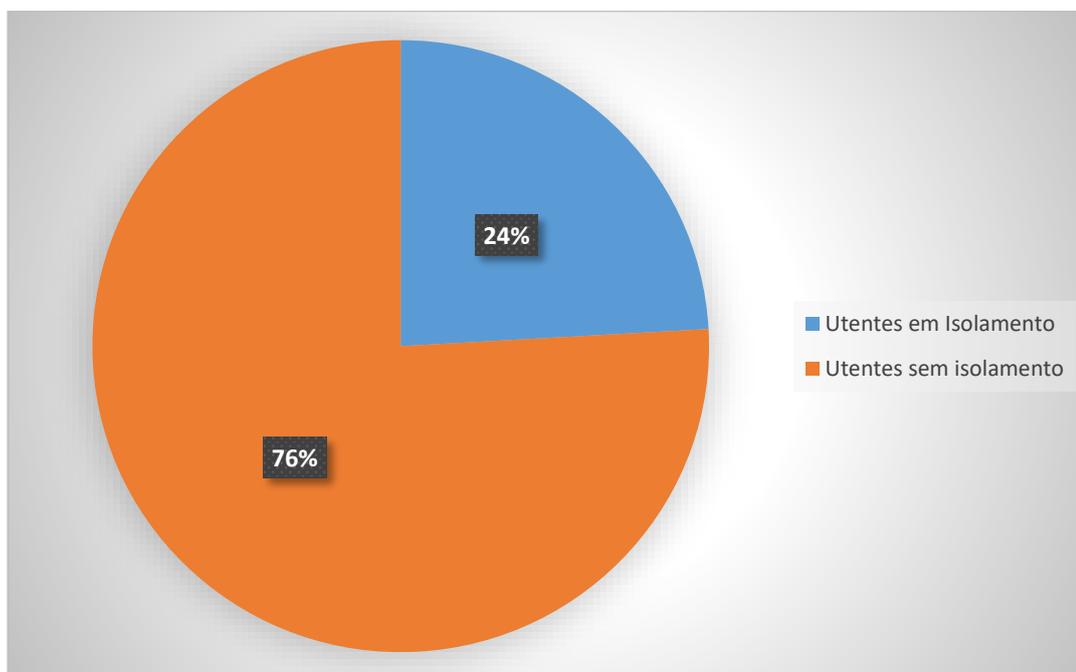


Figura 1 – Distribuição dos utentes submetidos à PBVT

A idade média dos indivíduos que integraram a amostra foi de 79 anos. A idade mínima, entre estes utentes foi de 23 anos e máxima 99 anos com uma mediana de 83 anos e os desvio padrão de 13,08.

Na figura 2 apresenta-se a distribuição da amostra por faixa etária. Salienta-se que maioritariamente os utentes tinham mais de 80 anos (64%) e dentro destes aproximadamente metade (47%) tinha entre 80 e 89 anos. Outro dado relevante que emerge na representação por faixa etária é o percentual (10%) dos utentes com idades inferiores a 60 anos.

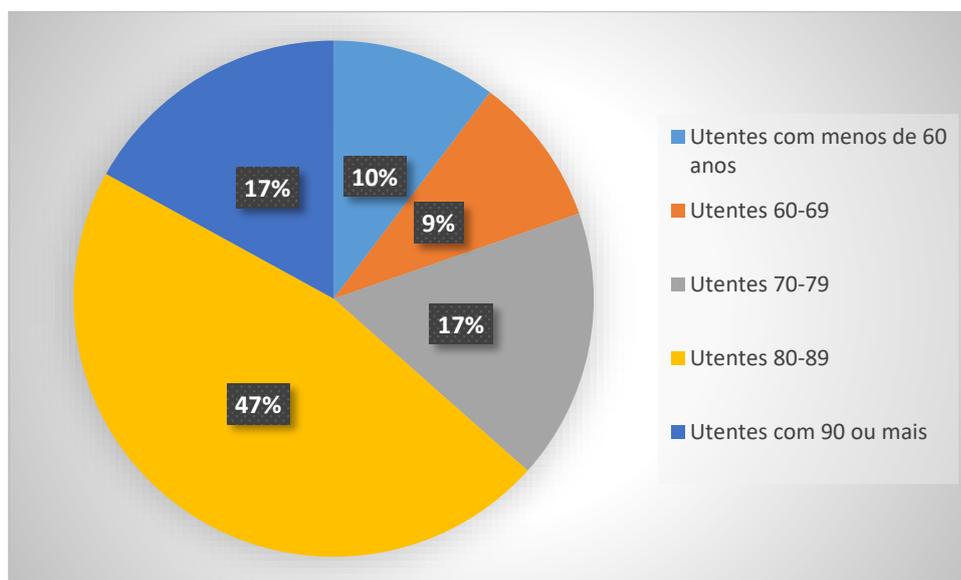


Figura 2 – Representação gráfica dos utentes repartidos por faixa etária

Dos 224 utentes, 114 foram homens e 110 mulheres. Na figura apresenta-se um gráfico que permite visualizar conjuntamente a distribuição por faixa etária e género.

Da observação pode destacar-se que até aos 70 anos são mais frequentes os internamentos por um processo infeccioso nos homens do que nas mulheres, no entanto a situação inverte-se na faixa etária dos 80 aos 89anos.

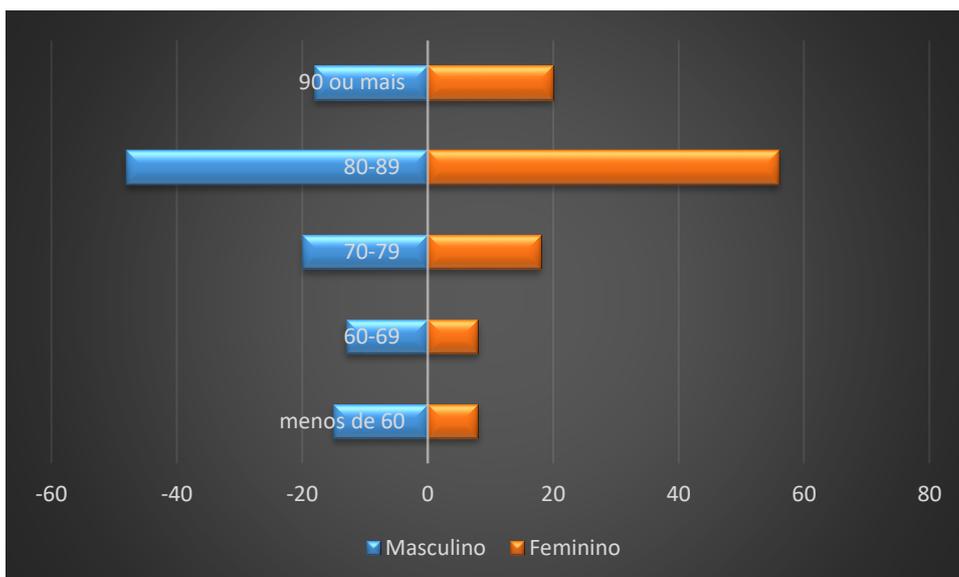


Figura 3 – Distribuição dos indivíduos da amostra por faixa etária e género

A média de dias de internamento foi de 15 dias, embora diferente se os utentes estavam ou não sob prescrição de PBVT. Assim, a média foi de 14 dias de internamento no caso dos utentes não estarem sob PBVT e aumentava para 17 dias se fossem submetidos às mesmas precauções.

O tipo de isolamento mais frequentemente prescrito foi o de contacto com 41 utentes, seguido do isolamento por gotículas com 12 casos e um utente com isolamento respiratório (figura 4).

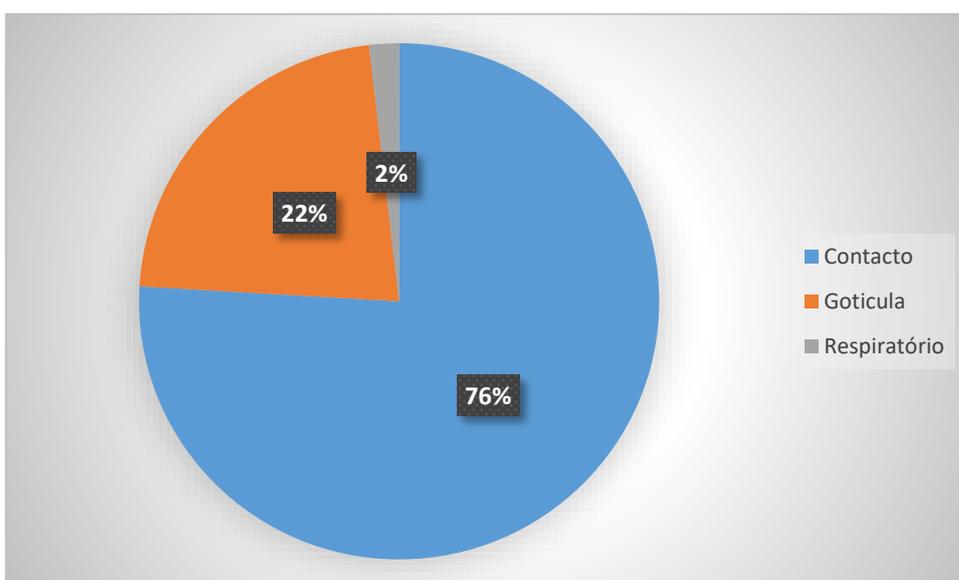


Figura 4 – Representação gráfica dos tipos de isolamento prescritos aos utentes

A listagem dos agentes patogénicos subjacentes ao quadro clínico que ocasionou o internamento destes utentes permitiu identificar 25 microrganismos diferentes como se ilustra na tabela.

Do total dos utentes internados por um processo infeccioso existiram 135 destas situações em que não estava documentado ou não foi possível identificar o agente patogénico que desencadeou o processo infeccioso que esteve na origem do internamento. Dos que foram identificados, aqueles que surgiram como mais frequentes foram o *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) com 22 casos e a *Escherichia Coli* com 19 casos (Tabela 4). Importa, no entanto, salientar que em alguns utentes foram identificados mais do que um microrganismo.

TABELA 3 – Frequências absolutas por microrganismo identificado

Microrganismo	n
Enterococcus Fecalis MR	2
Enterococcus Faecium MR	2
Klebsiella Pneumoniae	7
KPC	3
Klebsiella Pneumoniae ESBL+	2
Escherichia Coli	18
Escherichia Coli ESBL+	2
Clostridium Difficile	2
Staphylococcus Aureus	4
MRSA	22
Pseudomonas Aeruginosa	3
Enterobacter Cloacae	2
Proteus Mirabilis	6
Influenza A	11
Serratia Marcescens	2
Streptococcus Agalactiae	2
Outros*	9

*9 microrganismos com n=1 foram agrupados em “Outros”

A tabela 4 ilustra a distribuição dos agentes patogénicos identificados que estiveram na origem da aplicação de PBVT durante o internamento. A frequência de identificação dos microrganismos é muito variável. A maioria dos agentes patogénicos apenas foi identificado num utente, enquanto o *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) foi identificado em 22 casos, seguidos do vírus Influenza A com 11 casos.

TABELA 4 – Frequências absolutas dos microrganismos que motivaram a prescrição de Isolamento

Microrganismo	n
Enterococcus Fecalis MR	1
Clostridium Difficile	2
MRSA	22
KPC	4
Klebsiella Pneumoniae MR	2
Klebsiella Pneumoniae ESBL+	5
M.Tuberculosis	1
Influenza A	11
Proteus Mirabilis	1
Enterococcus Faecium MR	1
Pseudomonas Aeruginosa MR	2
Enterobacter Cloacae	1
Escherichia Coli ESBL+	1
Escherichia Coli MR	1
Varicela Zoster	1

Relativamente aos resultados referentes ao órgão, sistema ou região anatómica infetada (apresentados na tabela 5), evidenciou-se que o pulmão com 137 casos é o órgão mais afetado e assim mais de 50% dos processos infecciosos tinham uma componente respiratória. Com frequências elevadas destaca-se, ainda, a infeção do trato urinário que conjuntamente com a do rim ocorreram em 73 utentes.

Salienta-se que o número absoluto de focos de infeção expresso nesta tabela é de 255 casos pois, alguns dos utentes que integraram a amostra apresentaram mais do que um foco de infeção pelo que foi registado um número de focos superior relativamente ao número de casos que constituíram a amostra (224 utentes).

Em simultâneo também se registaram 21 casos de sépsis. A identificação destes casos não excluiu a contagem do foco da infeção, a partir do qual evoluiu o processo infeccioso, neste caso para sépsis. Por exemplo, uma sépsis como ponto de partida numa infeção respiratória, contou um ponto para a barra da sépsis e outro para a barra do pulmão (tabela 5).

TABELA 5 – Frequências absolutas dos focos de infeção

Foco de infeção	n
Pulmão	137
Febre sem foco	4
Trato urinário	53
Rim	20
Vesícula Biliar	1
Pele	12
Gastrointestinal	3
Vertebras	1
Tecidos Moles	1
Sépsis	21
Ouvido	1
Coração	1
Total	255

Dos 224 utentes, que integraram a amostra, 190 tiveram alta para o seu contexto domiciliar habitual, e 34 morreram durante o internamento, não sendo possível avaliar a sua progressão. Salienta-se que os percentuais de óbitos foram diferentes para os utentes em isolamento (20,37%) e os utentes que não estavam sob precauções básicas das vias de transmissão (13,53%).

Foi estabelecida, também, a correlação entre a mortalidade e a dependência total que é representada por um score no índice de Barthel de 0 a 20 (Azeredo & Matos, 2003). A percentagem de óbito nos utentes menos dependentes foi de 3.75% e aqueles que registaram níveis de dependência total foi de 21.53%.

No segundo momento de avaliação foram incluídos 190 utentes devido aos óbitos registados. Deste grupo 147 estavam internados sem prescrição de medidas de isolamento enquanto 43 estavam submetidos a estas medidas.

7.1.1 CAPACIDADE FÍSICA E MENTAL

A capacidade física dos utentes para a realização de atividades básicas de vida, foi avaliada através do índice de Barthel no momento da admissão e no momento da alta clínica. Os resultados da avaliação através deste instrumento, por tópico de autocuidado e complementados com a média global e desvio padrão são apresentados na tabela 6.

TABELA 6 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos níveis de dependência dos utentes infetados no 1º e 2º momento

Atividade	Índice de Barthel	1º Momento		2º Momento		
		Nível de Independência	n	%	n	%
Intestinos	0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)		138	61,61%	89	46,84%
	5- Acidente ocasional (um / semana)		49	21,88%	49	25,79%
	10- Continente		37	16,52%	52	27,37%
Bexiga	0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização		143	63,84%	92	48,42%
	5- Acidente ocasional (um/ dia)		48	21,43%	48	25,26%
	10- Continente (há mais de 7 dias)		33	14,73%	50	26,32%
Higiene Pessoal	0 - Necessita auxílio nos cuidados pessoais		199	88,84%	149	78,42%
	5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba		25	11,16%	40	21,05%
Uso da sanita	0- Dependente		145	64,73%	92	48,42%
	5- Necessita alguma ajuda; pode fazer parte sozinho		57	25,45%	57	30,00%
	10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)		22	9,82%	41	21,58%
Alimentação	0- Incapaz		122	54,46%	71	37,37%
	5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc		71	31,70%	68	35,79%
	10 - Autónimo		29	12,95%	51	26,84%
Transferências	0 - Incapaz - sem equilíbrio sentado		128	57,14%	82	43,16%
	5- Ajuda maior (1 ou 2 pessoas) – consegue sentar-se		27	12,05%	20	10,53%
	10- Ajuda menor (verbal ou física)		45	20,09%	46	24,21%
	15- Independente		24	10,71%	42	22,11%
Mobilidade	0- Imóvel		152	67,86%	98	51,58%
	5- Independente em cadeira de rodas incluindo esquinas, etc.		10	4,46%	11	5,79%
	10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)		41	18,30%	46	24,21%
	15- Independente (pode usar auxiliar ex bengala)		21	9,38%	34	17,89%
Vestir	0- Dependente		140	62,50%	88	46,32%
	5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda		64	28,57%	66	34,74%
	10- Independente (botões, fechos, atacadores...)		20	8,93%	36	18,95%
Escadas	0- Incapaz		167	74,55%	112	58,95%
	5- Necessita ajuda (verbal, física, ...)		37	16,52%	47	24,74%
	10- Independente no subir e descer		20	8,93%	31	16,32%
Banho	0- Dependente		209	93,30%	163	85,79%
	5- Independente (ou no duche)		15	6,70%	27	14,21%
Média/ σ			23,04	31,43	35,97	36,61

Os autocuidados que obtiveram scores mais altos na dependência total foram o banho, higiene pessoal e escadas em ambos os momentos. Os autocuidados em que os utentes demonstraram maior autonomia foram as transferências e alimentação.

Para avaliar qual o autocuidado que mais ou menos evoluiu durante o internamento foi feito o cálculo em termos percentuais porque nem todos os autocuidados têm o mesmo número de itens. Ou seja, se no autocuidado de higiene a mudança de cinco pontos representa o ganho ou perda de capacidade total, no autocuidado da transferência a mesma mudança representa apenas uma mudança ligeira pois são 5 em 15 pontos possíveis em vez 5 pontos possíveis como no exemplo da higiene.

A evolução dos autocuidados foi sempre positiva, sendo que os autocuidados que menos evoluíram foram o banho e higiene pessoal com 6,32% e 8,01% respetivamente. Os autocuidados que mais evoluíram foram o da alimentação e uso da sanita com 11,58% e 10,79%.

Os valores médios do índice de Barthel no primeiro momento foi de 23,04 pontos, variando de 16,57 para os utentes isolados a 25,09 no caso dos utentes não isolados. No segundo momento subiu para 35,97 sendo de 27,09 para os utentes submetidos às PBVT e 38,57 pontos para os não submetidos.

A evolução no nível de dependência, obtida pela diferença registada entre a pontuação do índice de Barthel avaliada no primeiro e segundo momentos da colheita de dados, foi também determinada. A evolução global foi de 12,93 pontos positivos, como é possível analisar pela diferença das médias apresentadas na tabela 6. Esta mesma evolução foi de 10,52 nos utentes isolados, durante o internamento, e 13,48 nos utentes não isolados.

Estes valores foram contudo obtidos englobando os utentes que acabaram por falecer. Numa avaliação que mais fidedignamente nos transmite a evolução da capacidade de autocuidado ao longo do internamento, os utentes que foram avaliados num só momento foram excluídos. Desta forma o valor médio da diferença do score total do índice de Barthel entre o segundo e o primeiro momento foi de 9,53, sendo de 7,44 para o grupo com prescrição de PBVT e 10,14 para o grupo que não teve a prescrição das mesmas.

Além da avaliação por atividades também foi feita uma leitura da distribuição dos utentes por categorias de avaliação global do índice. Esta avaliação permite uma melhor compreensão do nível de dependência funcional dos utentes que foram incluídos na

amostra. Estes resultados são apresentados na tabela 7 e complementados com a figura 5 que representa a evolução dos utentes ao longo do internamento por faixa e nível de dependência funcional.

TABELA 7 - Frequências relativas e absolutas dos níveis de dependência pelo índice de Barthel em dois momentos

Níveis de dependência funcional (%)	Utentes submetidos à PBVT		Utentes não submetidos à PBVT		Total	
	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Primeira avaliação	Segunda avaliação
	0-20	39 (72,22)	24 (55,81)	105 (61,76)	66 (44,90)	144 (64,29)
25-40	4 (7,41)	4 (9,30)	14 (8,24)	15 (10,20)	18 (8,04)	19 (10,00)
45-60	7 (12,96)	9 (20,93)	29 (17,06)	27 (18,37)	36 (16,07)	36 (18,95)
65-80	2 (3,70)	3 (6,98)	5 (2,94)	11 (7,48)	7 (3,13)	14 (7,37)
85-100	2 (3,70)	3 (6,98)	17 (10)	28 (19,05)	19 (8,48)	31 (16,32)
Média	$\bar{x} = 16,57$	$\bar{x} = 27,09$	$\bar{x} = 25,09$	$\bar{x} = 38,57$	$\bar{x} = 23,04$	$\bar{x} = 35,97$
Diferença entre a 2ª e a 1ª avaliação		10,52		13,48		12,94

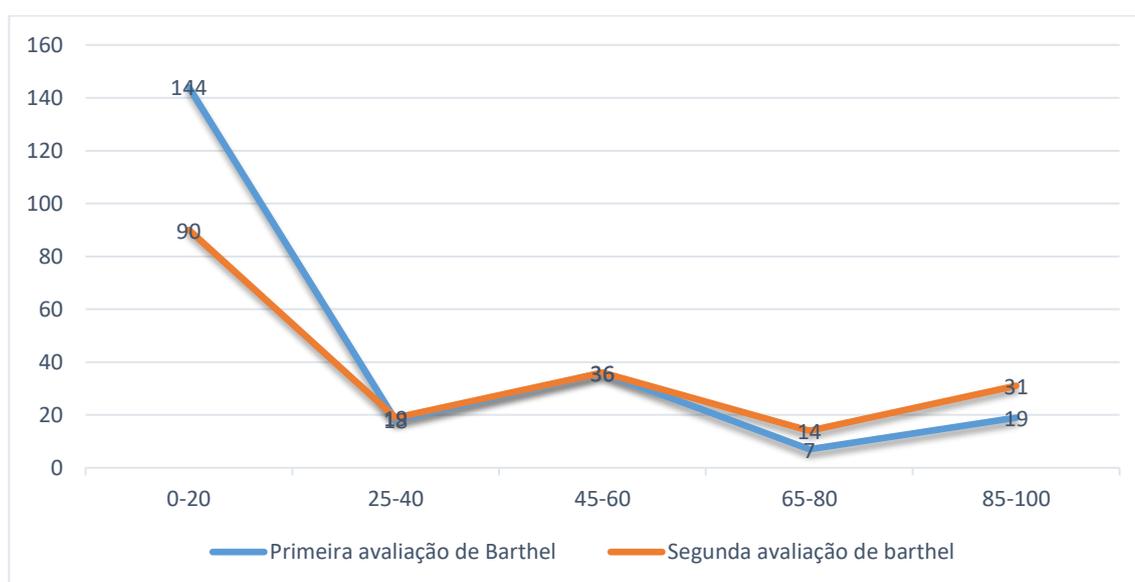


Figura 5 – Representação gráfica da evolução da média do índice de Barthel

No que se prende com a avaliação do estado de orientação dos utentes, todo e qualquer utente que apresentasse algum défice de orientação, independentemente de ser a nível da orientação autopsíquica ou alopsíquica foi considerado desorientado.

No momento da primeira avaliação registaram-se 115 utentes orientados e 109 não orientados, sendo que no grupo dos utentes submetidos às PBVT a percentagem de utentes orientados é de 42,59% e no grupo de utentes não submetidos é de 53,12%.

Na segunda avaliação 110 utentes estavam orientados e 80 não. A percentagem de orientação nos utentes isolados foi de 48,84% e nos não isolados de 60,54%.

Registaram-se quatro óbitos (3,5%) no grupo dos utentes orientados e 30 (27,5%) nos utentes desorientados.

Dos 190 utentes que tiveram alta só 11 (5,8%) tiveram alterações na integridade cognitiva. Destes 11 utentes dois foram submetidos à prescrição de PBVT, sendo que um recuperou cognitivamente e outro passou a mostrar sinais de desorientação. Nos restantes nove utentes que não foram submetidos à prescrição de PBVT cinco pioraram o seu estado de orientação e os restantes quatro melhoraram.

Os dados relativos à distribuição e evolução na taxa de orientação são apresentados na tabela 8. Os dados mostrados nesta tabela apenas mostram os utentes avaliados nos dois momentos, ou seja, que sobreviveram. A taxa de mortalidade por estado de orientação e aplicação de PBVT é apresentada pela tabela 9.

Tabela 8 – Frequências absolutas e percentuais relacionadas com a avaliação cognitiva

	Primeira avaliação	Segunda avaliação
<i>Utentes orientados</i>	111 (58,42%)	110 (57,9%)
<i>Orientados com PBVT</i>	21 (48,84%)	21 (48,8%)
<i>Orientados sem PBVT</i>	90 (61,22%)	89 (60,5%)
<i>Utentes não orientados</i>	79 (41,58%)	80 (42,1%)
<i>Não orientados com PBVT</i>	22 (51,16%)	22 (51,2%)
<i>Não orientados sem PBVT</i>	57 (38,78%)	58 (39,5%)

TABELA 9 – Frequência absoluta e relativa de mortalidade por estado de orientação e estar submetido a PBVT

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão	Orientação espaço-temporal			
	Utente Orientado		Utente não Orientado	
	Número total de participantes	Número de mortes (%)	Número total de participantes	n (%)
- Sim	23	2 (8,7)	31	9 (29)
- Não	92	2 (2,2)	78	21 (26,9)
Total	115	4 (3,5)	109	30 (27,5)

7.1.1 RESULTADOS QUALITATIVOS

As entrevistas foram desenhadas com o objetivo de caracterizar e interpretar o quotidiano do utente internado por infeção. A entrevista foi constituída por quatro perguntas, duas de resposta fechada e duas de resposta aberta.

Havia a expectativa de assim se poderem identificar diferenças mais ou menos relevantes entre os utentes que estiveram sob precauções de isolamento e os que tiveram um internamento sem prescrição destas medidas. Contudo, o número de entrevistas que foi possível realizar comprometeu a melhor resposta ao objetivo inicial pois, foram realizadas apenas 11 entrevistas, sendo três aos utentes submetidos a PBVT e nove aos restantes. Nas figuras e tabelas seguintes serão apresentados os resultados da análise às respostas obtidas.

A primeira questão “durante o internamento que atividades realizou?” realizou o levantamento das atividades realizadas relacionadas com o autocuidado através duma pré-seleção. Desta lista, todos os utentes escolheram todas as atividades exceto um como apresenta a figura 6.

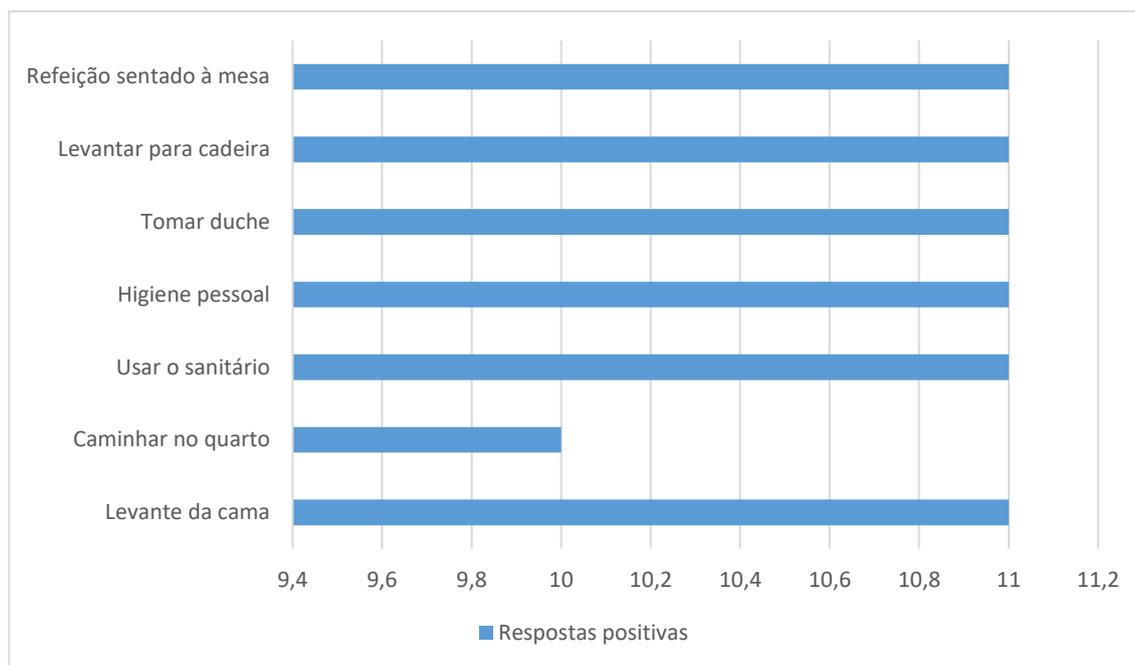


Figura 6 – Representação gráfica das frequências absolutas das atividades desenvolvidas

A segunda questão “descreva-me, por favor, todas as atividades que realizava durante um dia “normal” em que estive aqui internado” questionou os utentes sobre o seu quotidiano de forma aberta de modo a conseguir complementar os resultados obtidos pela primeira pergunta.

Os resultados são apresentados na tabela 10.

TABELA 10 – Frequência absoluta das atividades quotidianas desenvolvidas pelos utentes

Categoria	Sub categoria	Unidade de registo	Frequência
Deambulação	Caminhar	Caminhava um bocadinho e depois deitava-me	2
		Caminhava sozinho	3
		No quarto andava sozinha	
		Eu não caminhava	1
		la a caminhar para a casa de banho	1
		Levantava-me da cama e ia para a janela	1
		Tinha uns bocadinhos que passeava no corredor; andava lá a passear	4
		Para o fim já conseguia caminhar e dava uns passinhos à volta da cama.	2

		Conseguia caminhar com algum cuidado.	1
	Em cadeira de rodas	“... ia em cadeira e voltava em cadeira” “... não era eu porque não caminhava”	2
Levante	Dependente	Levantavam-me e depois ficava na cadeira	1
		Levantavam-me para urinar e comer	1
		Levantavam-me para o banho	1
	Independente	Levantava-me da cama e sentava-me no sofá	1
		Levantava-me para urinar e comer mas de resto estava na cama	1
		De manhã levantava-me	1
		Levantava-me ... as enfermeiras perguntavam se eu precisava de ajuda mas eu dizia que não.	1
Higiene		Para ir à casa de banho	1
		“... todos os dias para o banho”	1
		Tomava banho	2
		De manhã ia para o banho	1
		Lavava-me sozinha	1
Alimentar-se		la tomar banho	1
		Comia	3
Recriar-se / lazer		Tomar o pequeno almoço	1
		“...ia até à janela onde via o estádio velho”	1
		“lia uma revista”	1
Repouso	No leito	“... conversava com um ou com outro lá na enfermaria”	1
		Passava o dia na cama /estive sempre deitado; Passava algum tempo na cama porque tinha necessidade de descansar; Passava o dia deitada mas tomava conta de mim própria; Passava os dias lá deitado, não fazia nada.	4
	Sofá/cadeira	“Sentava-me no sofá porque me dava uma moleza”	1

Complementarmente procurou conhecer-se o que esteve subjacente à realização destas atividades pelos utentes, isto é, qual a intenção do utente. Salienta-se que nos 10 utentes entrevistados não havia qualquer motivo óbvio pois, a maioria deles respondeu que não tinha qualquer justificação ou que o faziam por “cansaço de estar na cama”. A terceira questão procurou descortinar a intenção nas atividades que os utentes desenvolveram. Esta questão, à semelhança da primeira foi realizada de forma fechada. O registo das frequências é apresentado na figura 7.

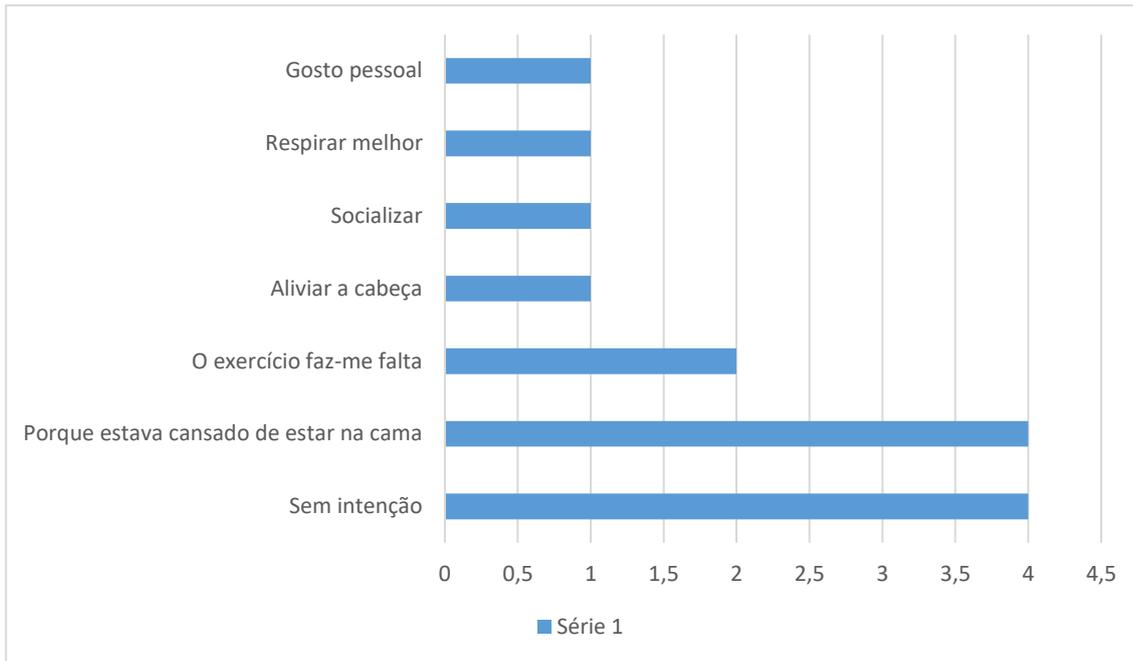


Figura 7 – Frequência absoluta das intenções na realização

Os utentes ainda foram questionados sobre a importância que o desenvolvimento das atividades realizadas (ou que conseguiram realizar) durante o internamento teve para si. A questão foi realizada de forma aberta, tendo emergido algumas respostas contudo, sempre pouco detalhadas e com baixo grau de pormenorização. Estas foram organizadas em três categorias – bem estar, recuperação e sem motivo.

Tabela 11– Frequência absoluta das unidades de significado da importância das atividades

Categorias	Unidade de significado	Frequência
Bem-estar	Porque bem, sentia-me melhor; Para aliviar a cabeça; Muito, era uma maneira de me movimentar; Era uma maneira de sentir as pessoas Era importante para mim Porque gosto de ser assim.	6

Recuperação física/funcional	Era importante para mim voltar a andar; Para manter a forma física; Levantar-me da cama e andar era importante para mim para melhorar a respiração porque sou asmática; Importante para manter a capacidade do corpo; Já em casa também tenho muita energia.	5
Sem motivo	É importante sim, sem razão Era importante para mim levantar-me apesar de não conseguir sozinho; Era para não estar sempre na mesma posição; Para evitar estar sempre na cama.	3

7.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Como foi explanado no capítulo do tratamento dos dados, o primeiro passo do trabalho estatístico passou por submeter as diferentes amostras à análise de distribuição de normalidade. Para tal foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov às mesmas. Para cada hipótese a amostra correspondente foi testada para aderência à normalidade para definir os testes inferenciais a aplicar.

Para se aceitar a distribuição como normal teria de aceitar a hipótese nula do teste de Kolmogorov-Smirnov que exige que o valor p seja $> 0,05$.* O resumo dos testes de normalidade são apresentados na tabela 12.

TABELA 12 – Resultado da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para avaliação da aderência à normalidade

Hipótese	Amostra testada	Kolmogorov-Smirnov^a		
		Estatística	gl	Sig.
Hipótese 1: <i>As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a capacidade do utente para o autocuidado?</i>	Evolução da média de Barthel	,373	190	<,001
Hipótese 2: <i>As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a evolução da integridade cognitiva?</i>	Evolução do estado de orientação	,477	190	<,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Após a aplicação dos testes de normalidade verificamos que em todas as hipóteses a serem testadas existe pelo menos uma amostra com distribuição não normal pelo que o teste inferencial escolhido foi o não paramétrico de mann-whitney.

Na tabela 13 são apresentados os resultados descritivos das amostras testadas e na tabela 14 os resultados da aplicação dos teste não paramétricos para pesquisa de relevância estatística nas hipóteses levantadas.

TABELA 13 – Estatísticas descritivas das amostras testadas

	n	Média	Estatística do teste Padrão	Mínimo	Máximo
Evolução do estado de orientação	190	-,01	,241	-1	1
Evolução da média de Barthel	190	9,53	18,266	-55	80

TABELA 14 – Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney

	Evolução do estado de orientação	Evolução da média de Barthel
U de Mann-Whitney	3139,500	2749,500
Z	-,164	-1,540
Significância Sig. (2 extremidades)	,870	,124

A hipótese um “As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a capacidade do utente para o autocuidado?” foi testada tendo como base o valor da diferença entre o valor da segunda avaliação do índice de Barthel e o valor da primeira avaliação. Este valor foi comparado entre os utentes submetidos às PBVT e aos não submetidos. Como já foi explicado anteriormente o valor médio da diferença do score total do índice de Barthel entre o segundo e o primeiro momento foi de 9,53, sendo de 7,44 para o grupo com prescrição de PBVT e 10,14 para o grupo que não teve a prescrição das mesmas.

Ambos os valores foram positivos o que foi de encontro às diferenças encontradas entre a primeira avaliação de Barthel e a segunda. O valor maior foi encontrado na amostra não submetida às PBVT superando em 2,7 pontos a outra amostra. Contudo o valor de significância encontrado foi de 0,12 e sendo superior a 0,05 não se pode assumir a diferença estatisticamente significativa.

A hipótese dois “As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a evolução da integridade cognitiva?” foi estudada com a mesma metodologia que a hipótese um, contudo, enquanto no índice de Barthel o número encontrado podia ir de 0 a 100, nesta avaliação a orientação foi classificada como dois e a desorientação como um, sendo que os resultados possíveis só poderiam ser:

- -1: utentes orientado que passou a ter défices de orientação;
- 0: estado cognitivo mantido;
- +1: utente desorientado que recuperou a integridade cognitiva.

Na amostra de utentes submetidos às PBVT o número de utentes que perderam a integridade cognitiva e o número de utentes que a recuperaram foi igual: um. Na amostra de utentes não submetidos o número foi similar com cinco utentes a perderem a integridade e quatro a recuperar. Quando estes dados foram tratados em conjunto com os dos utentes não submetidos a isolamento que mantiveram o seu estado cognitivo a

média encontrada foi de -0,01. O valor de significância encontrado foi de 0,87 confirmando a igualdade entre as amostras e dando resposta negativa à hipótese dois.

8. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados obtidos, segue-se o capítulo que visa a interpretação dos mesmos, procedendo à sua apreciação crítica, comparando-os entre si e com os resultados de outros autores, por forma a permitir uma melhor compreensão. Este exercício é efetuado tendo em conta os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas.

A amostra repartiu-se de forma similar no que toca ao género com 114 homens e 110 mulheres, contudo, estas representavam uma população mais idosa, sendo que 81% da população tinham idade igual ou superior a 70 anos com uma média de idades de 79. A distribuição de idades por género foi também equivalente sendo que tanto para o sexo masculino como para o feminino, as faixas etárias com mais internamentos encontraram-se acima dos 70 anos.

Analisando o relatório “Medicina Interna” da rede de referência hospitalar (2016) encontramos algumas semelhanças no que toca à caracterização sociodemográfica. Um bom exemplo é a distribuição por faixa etária dos utentes internados num serviço de medicina interna em que se assinala “... o claro predomínio das classes etárias mais avançadas, onde 76% dos doentes têm 70 ou mais anos (Idade Média: $76 \pm 13,2$ anos)” (p. 17).

A simetria que foi encontrada na distribuição por género não foi, porém, encontrada na distribuição de utentes com prescrição das PBVT, pois 76% dos utentes que integraram a amostra não esteve sob medidas de isolamento, ao contrário dos restantes utentes. Foi encontrada uma ligeira diferença na média de dias de internamento entre os dois subgrupos, com 14 dias para os utentes não submetidos a PBVT e 17 para os que estiveram sob estas precauções.

No que se prende com as medidas de isolamento da fonte como prática para prevenir a disseminação do agente infeccioso, o subtipo de PBVT prescrita foi o de contacto, representando 76% do total, sendo que o MRSA, microrganismo mais identificado com 22 casos confirmados, foi também aquele que mais prescrições de PBVT justificou. A maior prevalência de MRSA a nível hospitalar como agente causal da infeção e internamento, é uma alusão frequente em publicações como a de Skyman, Sjöström e Hellström (2010) ou a de Seibert et al. (2014).

O foco infeccioso, que com maior frequência esteve na origem do internamento, foi o pulmonar com 137 pessoas hospitalizadas por pneumonia. Estes dados evidenciam um predomínio das infeções respiratórias nesta população, o que é um dado similar ao apresentado no relatório da Rede de Referência Hospitalar – Medicina Interna (2016) onde nos 10 diagnósticos principais mais frequentes a pneumonia bacteriana surge em 1º lugar. As doenças infecciosas predominam nos internamentos em medicina interna e dentro destas a pulmonar destaca-se.

Dos 224 utentes, 34 acabaram por falecer, acabando por não ser integrados na análise da evolução da capacidade para o autocuidado e integridade cognitiva.

As taxas de mortalidade mostraram-se mais altas nos utentes que estiveram sob medidas de isolamento (20,37% contra 13,53%), sendo o percentual ainda mais elevado nos utentes totalmente dependentes, de acordo com a avaliação no índice de Barthel, (21,53% contra 3,75%) ou naqueles que tinham sido identificados como estando “desorientados” (27,5% contra 3,5%). A taxa de mortalidade mais elevada identificou-se quando se associaram as duas variáveis, utentes sob medidas de isolamento e não orientadas no espaço e/ou no tempo, com 29%.

Estes resultados são de algum modo expectáveis e vão ao encontro dos resultados do estudo de Landi, et al. (2013) que demonstra que a sarcopenia está associada com o risco de mortalidade, independente da idade ou outras variáveis clínicas. Segundo Landi et. al. (2013) o termo sarcopenia descreve a perda de músculo e função muscular associado á idade o que nos remete para a maior probabilidade de um utente com sarcopenia estar mais dependente na sua capacidade de agir para se cuidar.

A maior taxa de mortalidade encontrada nos utentes desorientados vai ao encontro dos resultados apresentados no estudo de Santabárbara, et al. (2014) no qual referem que os utentes com comprometimento cognitivo severo apresentam maior risco de morte.

O relatório da rede de referência hospitalar (2016) não apresentou dados sobre taxa de mortalidade mas apresentou mais uma semelhança na duração do internamento com 13 dias de média, sendo que neste estudo a média foi de 15 dias.

A maior parte dos utentes apresentou um nível de dependência alto (0-20 pontos) tanto no momento da sua admissão (64,29%) como no momento da sua alta (47,37%). A distribuição dos utentes por nível de dependência foi, portanto, assimétrica sendo que no momento da admissão só 8,48% dos utentes apresentava a pontuação representativa de maior autonomia no índice de Barthel (85-100) enquanto, no momento

da alta, este percentual subiu para 16,32%. A evolução é facilmente compreendida e explicada pela mudança do estado de saúde que, por si só, permitiu ao utente evoluir na capacidade de desenvolver ações para satisfazer alguns dos requisitos de autocuidado universais como a ingestão de água e de alimentos ou os processos de eliminação (Taylor & Renpenning, 2011).

O elevado grau de dependência dos utentes internados em medicina interna, também é reportado pela rede de referência hospitalar (2016), referindo que 45% dos utentes apresentaram um grau 3 ou 4 na escala de avaliação de estado funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), o que corresponde a que estejam acamados 50% do tempo na melhor das possibilidades. Importa também salientar que 18% dos utentes integrantes do estudo já se encontravam institucionalizados antes do internamento.

Os utentes submetidos às PBVT evidenciaram um nível de dependência médio (16,57 pontos) mais elevado que os utentes sem exigência de medidas de isolamento (25,09 pontos) tanto no momento da admissão como no da saída (27,09 pontos e 38,57 respetivamente) do internamento. Apesar das diferenças das médias, em ambos os subgrupos, a faixa com maior número de utentes foi a de 0 a 20.

No que se prendeu com a evolução dos utentes na sua capacidade para o autocuidado durante o internamento verificou-se uma tendência global de melhoria de autonomia, situação para a qual terá contribuído, entre outros fatores, o número de óbitos dado que estes se registaram entre os utentes mais dependentes.

Verificou-se uma tendência de melhoria global na capacidade de autocuidado nos utentes inseridos no estudo. A diferença média do índice de Barthel no momento da alta e da admissão foi de 9,53. Estes resultados vão de encontro aos encontrados no estudo de Rodrigues, Mendonça & Martins (2020). As autoras verificaram que o declínio funcional se instala pelo menos duas semanas antes da agudização que justifica o internamento. O processo de recuperação começa ainda no próprio internamento como demonstram os valores de autonomia que são mais altos no momento da alta do que na admissão, independentemente de fazerem parte do grupo de controlo ou de teste. Contudo a capacidade de autocuidado no momento da alta foi sempre inferior ao do momento que antecede a agudização do estado de saúde.

Na nossa amostra importa salientar que à saída, aproximadamente metade (47.37%) dos utentes tinham um nível de dependência grave e apenas 16.3% revelavam capacidade de realizarem de forma independente (ou com dependência leve) as

atividades básicas de vida avaliadas pelo índice de Barthel o que pode ser explicado pelos resultados do estudo de Rodrigues et. al. (2020) explicados no parágrafo anterior.

Analisando a evolução dos autocuidados discriminados pelo índice de Barthel verificámos que os que os utentes eram mais dependentes no banho, higiene pessoal e escadas. Os dois primeiros são os únicos dois items do índice que são avaliados apenas com dois níveis, independente ou dependente total, o que pode justificar a baixa pontuação obtida uma vez que a maioria dos utentes da amostra não eram autónomos. Além da baixa pontuação obtida também foi verificada uma evolução menos significativa nestes autocuidados. Os restantes não se distanciaram muito da média de evolução, pois o score final do índice de Barthel foi de 9,53, que corresponde ao valor percentual uma vez que o índice vai de 0 a 100 e o autocuidado que mais se destacou pela positiva foi o da alimentação com 11,58%.

Os resultados das entrevistas são convergentes com esta tendência. Nas respostas à questão sobre as atividades realizadas no período em que esteve restrito ao quarto, os utentes evidenciaram adesão às atividades relacionadas com o autocuidado. Saliente-se que todos responderam afirmativamente à exceção de caminhar no quarto, o que se poderá estar relacionado com uma limitação na capacidade de deambular anterior ao internamento. Também no 2º momento de avaliação pelo índice de Barthel, mais de 50% dos utentes tiveram uma pontuação zero na mobilidade.

A análise global do resultado do questionamento dos utentes sobre as atividades num dia “normal” de internamento, evidenciam que o utente está confinado ao quarto numa situação de fragilidade. Na descrição do quotidiano a maior parte das respostas foram sobreponíveis aos resultados da primeira pergunta, reforçando as atividades que desenvolviam ao longo do dia, contudo, através da análise da resposta de cinco utentes conseguiu-se perceber que os mesmos apenas “estavam” na enfermaria e que a maior parte do dia era dominado pela inatividade.

Ainda que não tenha sido possível realizar a análise originalmente prevista às entrevistas, estabelecendo comparações entre o quotidiano do utente com PBVT prescritas e o utente que não está sujeito às mesmas, foram encontradas evidências coincidentes com as publicadas por Votter & Rittenmeyer (2012).

Estes autores realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de relatar a experiência do utente internado com PBVT prescritas. Além da fratura da interação

humana vivida por estes utentes na qual se compreende a privação da interação social, informação inadequada, barreiras à interação com os enfermeiros e comprometimento do suporte familiar também identificaram relatos interessantes na categoria da adaptação.

A categoria da adaptação relatou as estratégias de coping por parte dos utentes, que apesar de serem bastante diversificadas, coincidiram com algumas estratégias identificadas na categoria de “recriar-se / lazer” como olhar pela janela e ler uma revista.

Uma das estratégias que um dos utentes que esteve internado com PBVT prescritas foi conversar com outros utentes na enfermaria. Na aplicação das PBVT não é mandatário, mas sim preferencial, que o utente esteja num quarto individual a não ser que a precaução em causa seja de via aérea HICPAC (2019). A estratégia de coping da socialização durante o internamento é uma das que ficam frequentemente comprometidas (Votter & Rittenmeyer, 2012).

Os resultados da fratura do contacto social destes autores não encontraram paralelo nos resultados da entrevista da dissertação pelas limitações já descritas e também porque não foram desenvolvidas para captar a mesma informação. Contudo reforçaram os achados da RIL desenvolvida para o enquadramento desta dissertação.

Ainda sobre as entrevistas realizadas, as intenções mais referidas foram o exercício e o cansaço de estar na cama. As categorias mais referidas na importância das atividades foi o bem-estar e a recuperação física e funcional.

A maior parte dos utentes descreveu um quotidiano preenchido com atividades relacionadas com o autocuidado. Por outro lado, também se denotou que o contexto de internamento hospitalar não oferece nenhum estímulo para além do tratamento. É muitas vezes neste contexto que surge uma caminhada, um levante, como uma luta contra a permanência constante no leito.

Os conteúdos dos dados reunidos por entrevista orientam, tal como seria expectável para um padrão de recuperação dos utentes, evidenciado na capacidade de executar ações de autocuidado como a higiene ou alimentar-se mesmo num quotidiano mais sedentário. Ainda assim, realça-se que as entrevistas foram apenas realizadas aos utentes com capacidade cognitiva para responderem às questões, acabando por não retratar o quotidiano dos utentes mais debilitados.

Outra das limitações das entrevistas foi o fato desta ter sido feita por telefone não tendo a oportunidade de ser enriquecida presencialmente. Os resultados das entrevistas

seriam utilizados para enriquecer a discussão sobre as respostas às hipóteses da dissertação, mas como a análise foi feita em conjunto, foram utilizados apenas dados quantitativos para esse efeito.

Para responder à hipótese um “As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a capacidade do utente para o autocuidado?” foram analisando os subgrupos submetidos ou não às PBVT e verificámos que os que foram submetidos tiveram uma evolução de 7,44 contra 10,14 dos restantes, ou seja, uma evolução menos expressiva.

Apesar do valor absoluto ser diferente para os dois subgrupos, não foi provado a diferença estatisticamente significativa na análise, pois o valor de significância apresentou-se superior a 0,05 com 0,124.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados do estudo realizado por Colorado et. al. (2014) no qual conclui que os utentes submetidos às precauções de contacto, subcategoria das PBVT, não apresentam diferença significativa na evolução da capacidade para o autocuidado.

Na análise da evolução da integridade cognitiva verificou-se que o grupo não submetido a isolamento apresentou melhores taxas de orientação em ambos os momentos com 54,1% contra 42,6% na primeira avaliação e 60,5% contra 48,8% na segunda avaliação. Contudo a mortalidade desempenhou também um papel importante na melhoria da percentagem de orientação dos utentes da primeira para a segunda avaliação. Como foi mostrado na tabela 8, excluindo os utentes que faleceram, a taxa de orientação no primeiro momento de avaliação, ou seja na admissão, foi de 48,84% para os utentes com PBVT prescritas e 61,22% para os restantes.

A maior parte dos utentes não apresentou alteração da sua integridade cognitiva, sendo que a fatia que mostrou alterações representou apenas 5,8% do total. Existiu um equilíbrio entre a direccionalidade destas alterações sendo que no total cinco utentes melhoraram e seis utentes pioraram. No subgrupo isolado o número foi igual com um utente para cada e no subgrupo não isolado quatro melhoraram e cinco pioraram.

Perante este levantamento a resposta à hipótese dois “As PBVT durante o internamento hospitalar influenciam a evolução da integridade cognitiva?” adivinhava-se negativa e confirmou-se após a realização dos testes estatísticos.

Apesar de todas as consequências negativas da aplicação das PBVT exploradas no enquadramento teórico como compromisso do domínio emocional, aumento da frequência de eventos adversos, menor contacto com os profissionais de saúde e maiores níveis de *delirium* não se encontra neste estudo correlação entre a aplicação das PBVT a um utente e uma evolução menos negativa durante o internamento.

Os resultados da RIL elaborada para enquadrar esta dissertação coincidem inclusive com a revisão sistemática de literatura de Purssell, Gould e Chudleigh (2020) e de Vottero & Rittenmeyer (2012) que demonstraram a que aplicação de PBVT está relacionada com maiores níveis de ansiedade, depressão, quedas, úlceras de pressão, delirium e menores números de contacto com os profissionais de saúde, sensação de estigma por parte dos mesmos e menor suporte familiar.

Apesar de todas as consequências descritas, realçam que a aplicação das PBVT são fundamentais para controlar a transmissão de microrganismos multirresistentes. Infelizmente, existe uma diferença significativa entre o que se sabe sobre as consequências do isolamento e o que se sabe sobre melhorar a experiência de internamento do utente com PBVT prescritas (Purssell et. al. 2020).

Vottero & Rittenmeyer (2012) contribuíram nesta área com algumas notas de interesse na área da identificação dos utentes que mais podem sofrer com a aplicação da prescrição das PBVT e o que pode ser feito, ou permitido fazer para amenizar as consequências do isolamento. Os utentes referiram que no momento mais agudo do doença estar ou não estar sob a prescrição das PBVT não faz muita diferença, é no momento da recuperação que a sensação de solidão se instala. A promoção do apoio familiar, posse de objetos significativos, acesso aos média e liberdade para estabelecer uma rotina podem ser estratégias eficazes nesta matéria. Existe também uma tendência para a hipervalorização dos acontecimentos ou objetos quando em isolamento e a estratégia de coping varia muito de pessoa para pessoa. Este conjunto de informações pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente com PBVT prescritas e aliviar as consequências normalmente sentidas neste contexto.

Este estudo atingiu os objetivos propostos e apresentou várias semelhanças a nível da caracterização da amostra com um relatório feito a nível nacional. As respostas às questões principais que nortearam o desenho desta dissertação foram, contudo, negativas.

CONCLUSÃO

A pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática que utiliza métodos para responder a questões que surgem no dia-a-dia ou para resolver problemas, com o objetivo de expandir o conhecimento, que é fundamental para afirmar a enfermagem como ciência.

Os resultados esperados desta investigação seriam uma provável orientação para pensar a intervenção com os utentes submetidos às PBVT a partir de uma melhor compreensão da sua evolução na capacitação para o autocuidado caso se se confirmasse a hipótese central da investigação “As PBVT, durante o internamento hospitalar, tem consequências na evolução da capacidade para o autocuidado do doente infetado?” ou para descartar essa necessidade caso não se verificasse, como foi o caso.

Após a revisão do estado de arte no que toca às consequências nas aplicações das PBVT, registou-se que a evidência sobre o impacto do isolamento na capacidade para o autocuidado é muito insuficiente havendo apenas um conjunto de conclusões que poderão ajudar a analisar a problemática, não apresentando diretrizes para a prática clínica. Ao longo das últimas décadas há síntese das investigações primárias mas sempre focadas nas consequências psicológicas de um internamento sob medidas de isolamento.

Ainda que não se tenha estabelecido correlação entre o isolamento e a evolução menos positiva da evolução do utente infetado internado, ficaram demonstradas algumas consequências deste como a restrições de contactos, o compromisso do domínio emocional, aumento da frequência de eventos adversos, menor contacto com os profissionais de saúde e maiores níveis de delirium.

A partir da síntese da análise inferencial realizada a partir das atividades avaliadas pelo índice de Barthel salienta-se que se verificou melhoria da capacidade de autocuidado do utente infetado internado estando ou não submetido a PBVT. Apesar de não se encontrar paralelo na evidência científica atual verificou-se que os utentes alvos da prescrição de PBVT apresentaram médias de orientação e autonomia mais baixas do que os que não foram alvos das mesmas.

Por outro lado não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o recurso a:

- Aplicação das PBVT e menor progressão na capacidade de autocuidado;
- Aplicação das PBVT e menor progressão no estado de orientação.

A análise dos resultados globais continua a evidenciar um conjunto de conclusões que vêm sendo apoiadas na divulgação científica mais recente: os utentes internados por processos infecciosos continuam a ser maioritariamente idosos, com idade igual ou superior a 70 anos e um nível de dependência elevado; apesar da prevalência de internamento a exigirem PBVT, por infeção por microrganismos multirresistentes, ter sofrido uma forte evolução a maior parte dos utentes internados por infeção não estão sob prescrição daquelas precauções; o agente infeccioso mais frequente e que ocasionou mais situações de isolamento foi o MRSA; as precauções de contacto foram as mais frequentemente prescritas, as pneumonias os diagnósticos clínicos também mais frequentes e os utentes com maiores níveis de dependência e desorientação apresentam maior probabilidade de morte;

Apesar de todos os objetivos esboçados para orientação esta investigação terem sido atingidos não se poderá deixar de explicitar algumas limitações que estiveram presentes. O facto de se terem colhidos dados apenas numa enfermaria condicionou a obtenção de uma amostra mais alargada, fundamentalmente dos utentes sob PBVT. Esta decisão foi agravada pelo longo período de colheita de dados, tendo-se atingido o período pandémico o que condicionou de forma ainda mais significativa a colheita de dados especialmente a realização da breve entrevista aos utentes. Estes aspetos associados a uma amostragem não aleatória são aspetos a ser equacionados no uso destes resultados.

Nesta área já existem evidências sobre as consequências da aplicação das PBVT, especialmente do foro qualitativo demonstrando que o domínio emocional fica comprometido aquando aplicação das mesmas. Contudo a nível quantitativo não foram encontradas investigações que procurem responder à questão de investigação aqui explorada, deixando os resultados desta investigação privados de comparação e dificultando a extrapolação da análise da amostra para a população escolhida. Seria benéfico que se desenvolvessem estudos que colmatassem esta lacuna e não se deparassem com as mesmas limitações que foram encontradas neste estudo.

Atendendo a que a problemática da multirresistência dos microrganismos à antibioterapia, nas instituições de saúde, continuará a estar presente e a ter uma

tendência de crescimento, as medidas de isolamento continuarão a constituir uma das intervenções importantes para o controlo de infeção para reduzir a transmissão daqueles agentes infecciosos. Importa, assim, que se continue a investir no conhecimento das consequências do uso das precauções baseadas nas vias de transmissão e, deste modo, continuar a promover a qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review, *Journal of Hospital Infection* 76, 97-102, DOI:10.1016/j.jhin.2010.04.027

Amaricai, E. & Poenaru, D. (2016). The post-stroke depression and its impact on functioning in young and adult stroke patients of a rehabilitation unit, *Journal of mental health*, 25(2): 137–141, DOI: 10.3109/09638237.2015.1022251

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments) (tese de mestrado), Escola superior de enfermagem de Coimbra, Portugal

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Azab, M., Al-Jarrah, M., Nazzal, M., Maayah, M., Sammour, M. & Jamous, M. (2009). Effectiveness of Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) as Home-Based Therapy on Barthel Index in Patients with Chronic Stroke, *Topics in Stroke Rehabilitation* 2009;16(3):207–211 DOI:10.1310/tsr1603-207

Azeredo, Z. & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.

Bardin I. (2013). Análise de conteúdo. Lisboa edições 70

Bettoni, L., Ottaviani, A. & Orlandi, F. (2017). Relação entre autocuidado e sintomas depressivos e ansiosos de indivíduos em tratamento Hemodialítico, *Revista rene*, 18(2):181-6, DOI: 10.15253/2175-6783.2017000200006

Bendjelloul, G., Gerard, S., Birgand, G., Lenne, F., Rioux, C., Lescure, X., Yazdanpanah, Y., Lucet, J-C. (2020). Impact of admission to high-risk isolation room on patients' and healthcare workers' perceptions: A qualitative cross-assessment approach. *Revista Elsevier*, <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.10.020>

Brown, C., Hasson, H., Thyselius, V. & Almborg, A-H., (2012). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurol Scand*, 126(1), 45–51. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2011.01595.x

Colorado, B., Toro, D. & Tarima, S., (2014). Impact of contact isolation on FIM score change, FIM efficiency score, and length of stay in patients in acute inpatient rehabilitation facility, *The american academy of physical medicine and rehabilitation*, vol. 6, 988-991, DOI:10.1016/j.pmrj.2014.05.017

Conceição, O. M. M. D. (2017). Adesão e determinantes da utilização adequada dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais de saúde (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Coutinho, C. (2008). Estudos correlacionais em educação: potencialidades e limitações. *Psicologia Educação e Cultura*, vol.XII, nº1, pp.143-169. PPCMCM – Colégio Internato dos Carvalhos

Diário da República (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção Geral da Saúde (2007). Programa de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (PNCI). Lisboa, Portugal: PNCI.

Direção Geral da Saúde (2015). PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT) FORMAÇÃO: ABORDAGEM TEÓRICA. Recuperado de: www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formativos.aspx

Direcção-Geral da Saúde (2011). Norma número 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2017). Recomendação prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos PPCIRA, recuperado de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v_NyEgcV0z4J:https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&qI=pt

Direcção-Geral da Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infecções e de resistência aos antimicrobianos, recuperado de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fNO_ZO5kAl4J:https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formativos.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&qI=pt

sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Fortin, M., Côté, J., Filion, F (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

Gammon, J., Hunt, J., & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: a literature review, *Journal of Research in Nursing*. DOI: [10.1177/1744987119845031](https://doi.org/10.1177/1744987119845031)

Gonçalves, S. M. F. (2012). Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Guilley-Lerondeu, B., Bourigault, C., Buttes, A. & Birgand, G. (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 & Infectious Diseases*, DOI:10.1007/s10096-016-2772-z

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2019). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, recuperado de: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/>

Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J., & Davido, B (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection, *Journal of Hospital Infection* <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.018>

Hessels, A. J., Genovese-Schek, V., Agarwal, M., Wurmser, T., & Larson, E. L. (2016). Relationship between patient safety climate and adherence to standard precautions. *American journal of infection control*, 44(10), 1128-1132.

Journal of aging and innovation, 6(1) 51-54. Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

Landelle, C., Pagani, L. & Harbarth, S. (2013). Is patient isolation the single most importante measure to prevent the spread of multidrug-resistant pathogens? *Virulence* 4:163-71 <https://doi.org/10.4161/viru.22641>

Lobiondo-Wood, G. & Harber, J. (2001) – Pesquisa em Enfermagem : Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, . 330 p. ISBN 852-7706-59-8.

Landi, F., Cruz-Jentoft, A., Liperoti, R., Russo, A., Giovannini, S., Tosato, M., Capoluongo, E., Bernabei, R., Onder, G. (2013). Sarcopenia and mortality risk in frail

older persons aged 80 years and older: results from iSIRENTE study. Oxford University Press [doi: 10.1093/ageing/afs194](https://doi.org/10.1093/ageing/afs194)

Lima, A., Ramos, J., Bezerra, I., Rocha, R., Batista, H. & Pinheiro, W. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura, *Revista de epidemiologia e controle de infecção*, Santa Cruz do Sul, 6(2):97-103, DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Enfermagem* 4 (7), Florianópolis

Ministério da saúde. Administração Regional de Saúde do Algarve. Departamento de saúde pública. Comissão de controlo da infeção dos cuidados de saúde primários, (2008). Precauções de isolamento, recuperado de: www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/.../Precaucoes_de_Isolamento.pdf

Mutsonziwa, G., Green, J., & Blundell, J. (2020). Registered nurses' perspectives on how patients with multi-drug resistant organisms experience isolation, revista Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.idh.2020.08.004>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St.Louis, MO: Mosby. Orem, D. E., Taylor, S.G., e Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* Boston: Mosby.

Rede de Referência Hospitalar (2016). *Medicina Interna*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>

Polit, D., Beck, C., & Hungler; B. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Kiely, D., Marcantonio, E., Inouye, S., Shaffer, M., Bergmann, M., Yang, F., Fearing, M. & Jones, R. (2009). Persistent *delirium* predicts increased mortality, *Journal of the american geriatrics society*, 1 (57), pp. 55-61, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02092.x

Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação de Enfermagem. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Pereira, M. (2012). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. 1ª edição. Coimbra: Formasau, 105 p. ISBN 978-989- 8269-17-1.

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. ISSN 0874-7695. Nº21 . p. 5-7.

Purssell, E., Gould, D., & Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 10, e030371, doi:10.1136/bmjopen-2019-030371.

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de enfermagem referência, série IV*(3), 157-164.

Rodrigues, C., Mendonça, D., Martins, M.(2020). Effects of a nursing care program focused on basic self-care in older acute medical in-patients:a randomized controlled trial. *Porto Biomedical Journal*. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000086>

Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511, DOI: 10.1590/S0104-11692007000300023.

Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, F. (2017). Da formação à prática: Importância das teorias do autocuidado no processo de enfermagem para a melhoria dos cuidados.

Silva, A., Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica* ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015)

Santabárbara, J., Lopez-Anton, R., Marcos, G. De-la-Cámara, C., Lobo, E., Saz, P., Gracia-García, P., Ventura, T., Campayo, A., Rodríguez-Mañas, L., Olaya, B., Haro, J.M., Salvador-Carulla, L., Sartorius, N, Lobo, A. (2014). Degree of cognitive impairment

and mortality: a 17-year follow-up in a community study. Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796014000390>

Sprague, E., Reynolds, S. & Brindley, P. (2016). Patient isolation precautions: are they worth it?, *Canadian respiratory journal*, 5352625,5 (2016) DOI: 10.1155/2016/5352625

Sharma, A., Pillai, D.R., Lu, M., Doolan, C., Leal, J., Kim, J., & Hollis, A. (2020). Impact of isolation precautions on quality of life: a meta-analysis, *Journal of Hospital Infection* <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.004>

Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(1), 101-107.

Stetler, C.B, Brunell, M., Guiliano, KK., Morsi, D., Prince L. & Newell-Stokes, V. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *The journal of nursing administration*, 7-8 (28), p. 45-53.

Taylor, S.(2004). Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem. In ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.5ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 9728383746.p.211-236.

Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-Care, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer.

The Joanna Briggs Institute (2015) Reviewers' Manual Methodology for JBI Scoping Reviews, recuperado de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9ySGPZ0tClkJ:https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Tokunaga, M., Mita, S., Tashiro, K., Yamaga, M., Hashimoto, Y., Nakanishi, R. & Yamanaga, H. (2017). Methods for Comparing Functional Independence Measure Improvement Degree for Stroke Patients between Rehabilitation Hospitals, *International journal of physical medicine & rehabilitation* 2 (5) DOI: 10.4172/2329-9096.1000394

Tomey, A. & Alligood, M. (2007). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures, Portugal: Lusociência.

Tran, K., Bell, C., Stall, N., Tomlinson, G., McGeer, A., Morris, A., Gardam, M. & Abrams, H. (2016). The effect of hospital isolation precautions on patient outcomes and cost of care: a multi-site, retrospective, propensity score-matched cohort study, *Journal of General Internal Medicine* 32 (3): 262-8, DOI: 10.1007/s11606-016-3862-4

Vottero, B., & Rittenmeyer, L. (2012). The hospitalised patients' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(16), 935-976

ANEXO I – INDICE DE BARTHEL

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contínente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.
- 10 - Independente

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz ~
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

(Direcção-Geral da Saúde, 2011)

ANEXO II - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevistados / Participantes

- Pessoas que estiveram hospitalizadas em “isolamento de contacto” que, em diálogo, evidenciem capacidade para resposta, isto é, um discurso coerente;

Objetivo - Conhecer a percepção da pessoa sobre as actividades que realizou (autonomamente ou com apoio) durante o tempo em que teve a prescrição de “isolamento de contacto”.

Questões

1. Durante o internamento e, neste período em que esteve restrito ao seu quarto, que actividades realizou?

- Levantar da cama
- Dar alguns passos à volta da cama/quarto
- Usar o sanitário
- Fazer a minha higiene pessoal
- Tomar duche
- Sair do leito e sentar no cadeirão/cadeira
- Tomar as refeições sentado à mesa

2. Descreva-me, por favor, todas as actividades que realizava durante um dia “normal” em que esteve aqui internado.

3. Realizou essas actividades com que intenção / porque as realizou?

- Não tive qualquer intenção
- Porque me explicaram que o deveria fazer
- Porque estava completamente saturada/o de estar apenas na cama
- O exercício físico faz-me falta

4. Estas actividades são importantes para si? Porquê, pode descrever-me pf.

APÊNDICE I - CRONOGRAMA

Ano	2017		2018			2019			2020		2021	
	Novembro Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Fevereiro	Outubro	Dezembro	Janeiro - Abril	Julho - Outubro	Janeiro - Maio	Julho	
<i>Pesquisa Bibliográfica</i>												
<i>Elaboração do projeto de investigação</i>												
<i>Entrega e defesa do projeto de investigação</i>												
<i>Submissão do projeto à comissão de ética CHUC</i>												
<i>Pedidos de autorização para a realização de investigação CHUC</i>												
<i>Pedidos de autorização para a realização de investigação CHBV</i>												
<i>Defesa do projeto perante a comissão de ética do CHBV</i>												
<i>Autorização para colheita de dados no CHBV</i>												
<i>Colheita de dados nos processos</i>												
<i>Colheita de dados na enfermaria</i>												
<i>Análise e tratamento dos dados</i>												
<i>Elaboração da tese de mestrado</i>												
<i>Entrega da tese de mestrado</i>												

APÊNDICE II

EX.ª DOUTORA ROSA JORGE

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

EU, ANDRÉ FILIPE LUCAS CARVALHO CATARINO, ALUNO DO CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA, DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA, VENHO POR ESTE MEIO SOLICITAR A VOSSA EXª AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS NA ENFERMARIA DE MEDICINA III, COM OBJETIVOS UNICAMENTE ACADÉMICOS, NO ÂMBITO DA DISSERTAÇÃO DE TÍTULO “IMPACTO DO ISOLAMENTO NA EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO DO DOENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR”.

O ESTUDO SERÁ DIVIDIDO EM DUAS PARTES. A PRIMEIRA SERÁ COMPOSTA POR UM ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO EM QUE A COLHEITA DE DADOS SERÁ FEITA A PARTIR DOS PROCESSOS INFORMATIZADOS DOS UTENTES INTERNADOS ENTRE NOVEMBRO DE 2018 E FEVEREIRO DE 2019, COM MAIS DOIS MESES DE OPÇÃO CASO O NÚMERO TOTAL DE UTENTES SEJA INSUFICIENTE. OS PROCESSOS SERÃO ANALISADOS DE MODO A PREENCHER DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO INFECIOSO QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO, DURAÇÃO DO MESMO E DADOS RELATIVOS À CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO DO UTENTE PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BARTHEL.

A SEGUNDA PARTE CONSISTIRÁ TAMBÉM NUM ESTUDO DE COORTE MAS REALIZADO COM OS UTENTES ATUALMENTE INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA III ONDE SERÃO COLHIDOS DADOS PARA AVALIAR O AUTOCUIDADO. ESTA INFORMAÇÃO SERÁ COMPLEMENTADA COM UMA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUE PROCURA QUE OS UTENTES DESCREVAM AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVERAM DURANTE O INTERNAMENTO, A INTENÇÃO DAS MESMAS E A IMPORTÂNCIA A QUE ELAS FOI ATRIBUÍDA. POR FIM TAMBÉM SERÁ AVALIADO O NÚMERO DE CONTATOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM OS UTENTES E DURAÇÃO DOS MESMOS OS DADOS RECOLHIDOS SÃO CONFIDENCIAIS E, EM MOMENTO ALGUM, OS PARTICIPANTES SÃO IDENTIFICADOS, ACRESCENDO AINDA SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO NÃO SERÁ POSTO EM CAUSA.

DESDE JÁ AGRADEÇO A ATENÇÃO CONCEDIDA.

AVEIRO, MARÇO 2019

(André Catarino)

APÊNDICE III

EX.ª ENFERMEIRA CHEFE CONCEIÇÃO NEVES

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

EU, ANDRÉ FILIPE LUCAS CARVALHO CATARINO, ALUNO DO CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA, DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA, VENHO POR ESTE MEIO SOLICITAR A VOSSA EXª AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS NA ENFERMARIA DE MEDICINA III, COM OBJETIVOS UNICAMENTE ACADÉMICOS, NO ÂMBITO DA DISSERTAÇÃO DE TÍTULO “IMPACTO DO ISOLAMENTO NA EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO DO DOENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR”.

O ESTUDO SERÁ DIVIDIDO EM DUAS PARTES. A PRIMEIRA SERÁ COMPOSTA POR UM ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO EM QUE A COLHEITA DE DADOS SERÁ FEITA A PARTIR DOS PROCESSOS INFORMATIZADOS DOS UTENTES INTERNADOS ENTRE NOVEMBRO DE 2018 E FEVEREIRO DE 2019, COM MAIS DOIS MESES DE OPÇÃO CASO O NUMERO TOTAL DE UTENTES SEJA INSUFICIENTE. OS PROCESSOS SERÃO ANALISADOS DE MODO A PREENCHER DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO INFECIOSO QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO, DURAÇÃO DO MESMO E DADOS RELATIVOS À CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO DO UTEENTE PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BARTHEL.

A SEGUNDA PARTE CONSISTIRÁ TAMBÉM NUM ESTUDO DE COORTE MAS REALIZADO COM OS UTENTES ATUALMENTE INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA III ONDE SERÃO COLHIDOS DADOS PARA AVALIAR O AUTOCUIDADO. ESTA INFORMAÇÃO SERÁ COMPLEMENTADA COM UMA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUE PROCURA QUE OS UTENTES DESCREVAM AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVERAM DURANTE O INTERNAMENTO, A INTENÇÃO DAS MESMAS E A IMPORTÂNCIA A QUE ELAS FOI ATRIBUIDA. POR FIM TAMBÉM SERÁ AVALIADO O NÚMEROS DE CONTATOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM OS UTENTES E DURAÇÃO DOS MESMOS OS DADOS RECOLHIDOS SÃO CONFIDENCIAIS E, EM MOMENTO ALGUM, OS PARTICIPANTES SÃO IDENTIFICADOS, ACRESCENTO AINDA SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO NÃO SERÁ POSTO EM CAUSA.

DESDE JÁ AGRADEÇO A ATENÇÃO CONCEDIDA.

AVEIRO, MARÇO 2019

(André Catarino)

APÊNDICE IV

EX.DOUTORA MARGARIDA FRANÇA

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

EU, ANDRÉ FILIPE LUCAS CARVALHO CATARINO, ALUNO DO CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA, DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA, VENHO POR ESTE MEIO SOLICITAR A VOSSA EX^a AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS NA ENFERMARIA DE MEDICINA III, COM OBJETIVOS UNICAMENTE ACADÉMICOS, NO ÂMBITO DA DISSERTAÇÃO DE TÍTULO “IMPACTO DO ISOLAMENTO NA EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO DO DOENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR”.

O ESTUDO SERÁ DIVIDIDO EM DUAS PARTES. A PRIMEIRA SERÁ COMPOSTA POR UM ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO EM QUE A COLHEITA DE DADOS SERÁ FEITA A PARTIR DOS PROCESSOS INFORMATIZADOS DOS UTENTES INTERNADOS ENTRE NOVEMBRO DE 2018 E FEVEREIRO DE 2019, COM MAIS DOIS MESES DE OPÇÃO CASO O NUMERO TOTAL DE UTENTES SEJA INSUFICIENTE. OS PROCESSOS SERÃO ANALISADOS DE MODO A PREENCHER DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO INFECIOSO QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO, DURAÇÃO DO MESMO E DADOS RELATIVOS À CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO DO UTEENTE PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BARTHEL.

A SEGUNDA PARTE CONSISTIRÁ TAMBÉM NUM ESTUDO DE COORTE MAS REALIZADO COM OS UTENTES ATUALMENTE INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA III ONDE SERÃO COLHIDOS DADOS PARA AVALIAR O AUTOCUIDADO. ESTA INFORMAÇÃO SERÁ COMPLEMENTADA COM UMA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUE PROCURA QUE OS UTENTES DESCREVAM AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVERAM DURANTE O INTERNAMENTO, A INTENÇÃO DAS MESMAS E A IMPORTÂNCIA A QUE ELAS FOI ATRIBUIDA. POR FIM TAMBÉM SERÁ AVALIADO O NÚMEROS DE CONTATOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM OS UTENTES E DURAÇÃO DOS MESMOS OS DADOS RECOLHIDOS SÃO CONFIDENCIAIS E, EM MOMENTO ALGUM, OS PARTICIPANTES SÃO IDENTIFICADOS, ACRESCENTO AINDA SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO NÃO SERÁ POSTO EM CAUSA.

DESDE JÁ AGRADEÇO A ATENÇÃO CONCEDIDA.

AVEIRO, MARÇO 2019

(André Catarino)

APÊNDICE V

RESUMO A ENTREGAR À COMISSÃO DE ÉTICA

ESTE ESTUDO PRETENDE EXPLORAR O IMPACTO QUE A APLICAÇÃO DAS PBVT (PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO) TÊM NA EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO NO UTENTE INTERNADO EM MEIO HOSPITALAR.

O ESTUDO SERÁ DIVIDIDO EM DUAS PARTES. A PRIMEIRA SERÁ COMPOSTA POR UM ESTUDO DE COORTE RETROSPETIVO EM QUE A COLHEITA DE DADOS SERÁ FEITA A PARTIR DOS PROCESSOS INFORMATIZADOS DOS UTENTES INTERNADOS ENTRE NOVEMBRO DE 2018 E FEVEREIRO DE 2019, COM MAIS DOIS MESES DE OPÇÃO CASO O NUMERO TOTAL DE UTENTES SEJA INSUFICIENTE. OS PROCESSOS SERÃO ANALISADOS DE MODO A PREENCHER DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO INFECIOSO QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO, DURAÇÃO DO MESMO E DADOS RELATIVOS À CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO DO UTENTE PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BARTHEL. ESTA AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BARTHEL SERÁ FEITA EM DOIS MOMENTOS SENDO QUE O PRIMEIRO CORRESPONDE AO DIA DA ADMISSÃO E O SEGUNDO AO 14º DIA OU AO DIA DA ALTA CASO ESTA SE ANTECEDA.

A SEGUNDA PARTE CONSISTIRÁ TAMBÉM NUM ESTUDO DE COORTE MAS REALIZADO COM OS UTENTES ATUALMENTE INTERNADOS NO SERVIÇO DE MEDICINA III ONDE SERÃO COLHIDOS DADOS PARA AVALIAR O AUTOCUIDADO. ESTA INFORMAÇÃO SERÁ COMPLEMENTADA COM UMA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUE PROCURA QUE OS UTENTES DESCREVAM AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVERAM DURANTE O INTERNAMENTO, A INTENÇÃO DAS MESMAS E A IMPORTÂNCIA A QUE ELAS FOI ATRIBUIDA. POR FIM TAMBÉM SERÁ AVALIADO O NÚMEROS DE CONTATOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COM OS UTENTES E DURAÇÃO DOS MESMOS.

NO CASO DOS UTENTES QUE FOSSEM TOTALMENTE DEPENDENTES ANTES DO INTERNAMENTO NO SERVIÇO SERÃO EXCLUÍDOS DO ESTUDO POIS NÃO APRESENTARAM POTENCIAL DE VARIAÇÃO NO AUTOCUIDADO.

OS DADOS RECOLHIDOS SÃO CONFIDENCIAIS E, EM MOMENTO ALGUM, OS PARTICIPANTES SÃO IDENTIFICADOS, ACRESCENTO AINDA SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO NÃO SERÁ POSTO EM CAUSA.

PROCURO PORTANTO OBTER AUTORIZAÇÃO PARA COLHER DADOS NOS PROCESSOS INFORMATICOS E JUNTO DOS UTENTES QUE VIRÃO A SER INTERNADOS NA MEDICINA 3

APÊNDICE VI
CONSENTIMENTO INFORMADO

Serviço de Medicina Interna AA

Diretor: Doutora Rosa Jorge

Enfermeira chefe: Conceição Neves

“CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO: IMPACTO DO ISOLAMENTO NA EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO DO DOENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Objetivos do estudo:

- Identificar as consequências do isolamento da pessoa adulta colonizada ou infetada por microrganismos multirresistentes durante o internamento hospitalar;
- Avaliar as consequências do isolamento na capacidade para o autocuidado;
- Identificar na pessoa em isolamento os autocuidados que sofreram alterações mais significativas.

Tipo de estudo: Estudo observacional com dois momentos de avaliação da capacidade da pessoa para a autonomia.

Explicação do estudo: Neste estudo participarão as pessoas que forem internados por processo infeccioso. Caso a pessoa seja submetida a medidas de isolamento será alocada ao grupo de teste, caso não seja submetida a medidas de isolamento fará parte do grupo de controlo. Os momentos de avaliação serão feitos no primeiro dia de internamento e no 14º, ou no dia da alta caso esta se anteceda. A avaliação será realizada através da escala de Barthel que é um método representativo da capacidade para o autocuidado da pessoa. Não irão ser realizados exames complementares nestas avaliações, sendo que o preenchimento da escala apenas requer a interpretação do investigador perante a autonomia da pessoa nas atividades de vida diária. Além desta avaliação também será convidado a responder a uma entrevista semiestruturada sobre as atividades que desenvolveu durante o internamento, a intenção com que as realizou e a importância que atribuiu às mesmas.

Condições e financiamento: Não há pagamento de deslocações ou contrapartidas, sendo a participação no estudo de carácter voluntário e sem prejuízo para a pessoa que não aceite participar no mesmo.

