



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de mestre Em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**CAPACITAR OS CUIDADORES FORMAIS EM PREVENÇÃO E
CONTROLO DE INFEÇÃO: PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA**

**EMPOWER FORMAL CAREGIVERS IN INFECTION PREVENTION
AND CONTROL: COMMUNITY INTERVENTION PROJECT**

Por:

Liliana Faustino Martins Casimiro

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de mestre Em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**CAPACITAR OS CUIDADORES FORMAIS EM PREVENÇÃO E
CONTROLO DE INFEÇÃO – PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA**

**EMPOWER FORMAL CAREGIVERS IN INFECTION PREVENTION
AND CONTROL: COMMUNITY INTERVENTION PROJECT**

Por:

Liliana Faustino Martins Casimiro

Sob a orientação de Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa, 2023

*“Tratamos de conhecer o rumo do nosso pensamento
sobre a saúde com a esperança de descobrir novos caminhos
num domínio onde as múltiplas dificuldades impõem mudanças”*

Bernard Honoré

AGRADECIMENTOS

O percurso realizado foi uma constante descoberta de novos caminhos repletos de importantes partilhas. Aos seguintes, dirijo os meus agradecimentos.

Começo por agradecer à Professora Doutora Cândida Ferrito pela sua disponibilidade, rigor e objetividade no acompanhamento e orientação durante o desenrolar deste percurso académico.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde de Loures – Odivelas, pela forma acolhedora como me receberam durante o estágio clínico e pela partilha de conhecimento. Uma saudação especial à Enfermeira Ana Lúcia Marques pela sua enorme competência, dedicação, sentido crítico e capacidade de reflexão.

À Instituição onde foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária e a todos os colaboradores que contribuíram para a implementação do mesmo.

Ao meu chefe, Tenente-Coronel Carlos Ferreira pelos desafios lançados, pela sua amizade e constante incentivo.

A todos os que de forma direta ou indireta, contribuíram com o seu conhecimento e experiência. Às colegas da especialidade, mas particularmente à Ana Martins pelo apoio, constante troca de saberes e conhecimentos, dúvidas, anseios e conquistas, uma verdadeira camarada.

À minha família, especialmente ao meu marido, André pelo apoio, incentivo e força nos momentos mais exigentes.

Finalmente, ao amor da minha vida, a minha filha Sofia pela capacidade em anuir as brincadeiras adiadas e os mimos partilhados entre leituras e escritas.

A todos o meu sincero OBRIGADO!

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e as Resistências aos Antimicrobianos são um problema de saúde pública a nível mundial. São um dos eventos adversos mais prevalentes, aumentando a morbilidade e número de dias de vida perdidos e representam uma das principais causas de morte em todo o mundo. Com graves consequências em termos económicos e sociais, prolongando os internamentos hospitalares, aumentando a necessidade de recursos técnicos e humanos, o absentismo laboral e causando inúmeras incapacidades. Representam uma das principais ameaças à qualidade dos cuidados e à segurança das pessoas. O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, os procedimentos técnicos mais avançados e invasivos aumentam o risco de infeção. Ao longo das últimas décadas, o aumento do número de pessoas idosas, das doenças crónicas e do grau de dependência origina maior necessidade de recurso às instituições residenciais para alojamento permanente. O envelhecimento causa diminuição do sistema imunitário, tornando as pessoas mais frágeis e vulneráveis aumentando o risco de infeção. Fatores que justificam a necessidade de uma abordagem eficaz para a prevenção e controlo de infeções nas instituições residenciais para as pessoas idosas. Perante este enquadramento, surgiu o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária alicerçado na metodologia do planeamento em saúde e no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Objetivou-se a promoção da capacitação de um grupo de cuidadores formais na área da prevenção e controlo de infeção utilizando uma estratégia baseada em sessões de formação, desenvolvidas através de intervenções dinâmicas práticas e interativas. Contribuiu-se para a capacitação da tomada de decisão, estímulo aos comportamentos promotores de saúde e preventivos do risco de doença. A avaliação confirmou a pertinência deste tipo de intervenção que assegurou uma resposta efetiva às necessidades expressas pelos cuidadores promovendo a sua satisfação, motivação e aumento de conhecimentos. A realização do estágio e a elaboração deste relatório desempenharam um papel fulcral na aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas, nos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, do enfermeiro Mestre e especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Cuidadores; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; Formação; Prevenção e Controlo de Infeção.

ABSTRAT

Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Resistance are a public health problem worldwide. They are one of the most prevalent adverse events, increasing morbidity and the number of days of life lost, and represent one of the main causes of death worldwide. With serious consequences in economic and social terms, prolonging hospital stays, increasing the need for technical and human resources, work absenteeism and causing numerous disabilities. They represent one of the main threats to the quality of care and people's safety. The increase in average life expectancy, aging, more advanced and invasive technical procedures increase the risk of infection. Over the past few decades, the increase in the number of elderly people, chronic illnesses and the degree of dependence has led to a greater need to resort to residential institutions for permanent accommodation. Aging causes a decrease in the immune system, making people more fragile and vulnerable, increasing the risk of infection. Factors that justify the need for an effective approach to the prevention and control of infections in residential institutions for the elderly. In this context, the development of the community intervention project emerged based on the methodology of health planning and the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model. Aiming to promote the empower of the group of formal caregivers in the area of infection prevention and control through a strategy based on training sessions developed through practical and interactive dynamic interventions. Empower for decision-making, encouragement of health-promoting and disease-preventive behaviors. The evaluation confirmed the pertinence of this type of intervention, which ensured an effective response to the needs expressed by caregivers, promoting their satisfaction, motivation and increased knowledge. The completion of the internship and the preparation of this report played a key role in the acquisition and development of the recommended skills, in the regulations of the Order of Nurses, of the Master nurse and specialist in Community Nursing in the area of Community Health Nursing and Public Health.

Keywords: Caregivers; Residential Structures for the Elderly; Training; Infection Prevention and Control.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAD – Ajudante de Ação Direta;
- ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde;
- CDC – Center for Disease Control and Prevention;
- DGS – Direção-Geral da Saúde;
- ECDC – *European Centre for Disease Control and Prevention*;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas;
- IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;
- MPS – Modelo de Promoção da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde;
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico;
- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde;
- PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção;
- PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- RAM – Resistências aos Antimicrobianos;
- USP – Unidade de Saúde Pública;

Índice

0 – INTRODUÇÃO.....	13
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 – Prevenção e Controlo de Infeção.....	15
1.1.1 – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.....	16
1.1.2 – Precauções Básicas de Controlo de Infeção	18
1.2 – O envelhecimento e a institucionalização das pessoas idosas.....	19
1.2 – Cuidadores Formais: Ajudantes de Ação Direta	21
1.2.1 – Formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção	22
2 – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	25
3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	29
3.1 – Diagnóstico de situação	29
3.1.1 – Contexto do local de intervenção	30
3.1.2 – Identificação de problemas.....	32
3.1.3 – População alvo.....	36
3.1.4 – Instrumentos de recolha de informação.....	39
3.1.5 – Tratamento e análise de informação.....	41
3.1.6 – Diagnósticos de enfermagem.....	45
3.2 – Definição de prioridades.....	46
3.3 – Fixação de objetivos	48
3.4 – Seleção de estratégias	50
3.5 – Elaboração de programas e projetos.....	52
3.6 – Preparação e execução.....	54
3.7 – Avaliação do projeto.....	56
3.9 – Contributos para a prática clínica	61
4 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	63
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	77
APÊNDICE I – Pedido autorização dirigido ao Diretor Executivo do ACeS.....	78
APÊNDICE II – Pedido de autorização dirigido ao Presidente da instituição alvo do projeto de intervenção comunitária	80
APÊNDICE III – Guião para a reunião exploratória de auscultação de necessidades	82

APÊNDICE IV – Consentimento informado e esclarecido dirigido aos responsáveis da instituição para a reunião de auscultação de necessidades	85
APÊNDICE V – Relatório da reunião exploratória de auscultação de necessidades.	88
APÊNDICE VI – Instrumento para a recolha de dados sociodemográficos	93
APÊNDICE VII – Guião do <i>Focus Group</i>	95
APÊNDICE VIII – Consentimento informado e esclarecido para a participação no <i>Focus Group</i>	97
APÊNDICE IX – Matriz da Análise de conteúdo	99
APÊNDICE X – Cronograma para a execução do projeto de intervenção	108
APÊNDICE XI – Sessões de Formação (slides)	110
APÊNDICE XII – Planos de sessão	124
APÊNDICE XIII – Material de apoio para as sessões de formação (Marcadores)..	131
APÊNDICE XIV – Teste de avaliação de conhecimentos	133
APÊNDICE XV – Certificado de frequência	137
APÊNDICE XVI – Avaliação da qualidade da formação	139
APÊNDICE XVII – Articulação com Gabinete de Inovação do ACeS	141
APÊNDICE XVIII – Apresentação do projeto de intervenção à equipa da USP.....	143
APÊNDICE XIX – Precauções Básicas de Controlo de Infeção: e-book	147
APÊNDICE XX – <i>Scoping review</i> : “Importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”	149
ANEXOS	174
ANEXO I – Resposta ao pedido de autorização dirigido ao Diretor Executivo do ACeS.....	175
ANEXO II – Resposta ao pedido de autorização dirigido ao Presidente da instituição alvo do projeto de intervenção comunitária	177
ANEXO III – Comissão organizadora do V Seminário Internacional de Enfermagem	179
ANEXO IV – Moderação da Mesa “Enfermagem especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública” no V Seminário Internacional de Enfermagem....	181
ANEXO V – Póster “Intervenções de enfermagem promotoras da segurança do doente em cuidados de saúde primários: <i>Scoping review</i> ” apresentado no V Seminário Internacional de Enfermagem	183
ANEXO VI – Comunicação oral apresentada no IV Encontro Internacional de Enfermagem Militar	185

Índice de Gráficos

Gráfico n.º 1 – Número de camas disponíveis no concelho de Loures distribuídos por freguesia.....	34
Gráfico n.º 2 – Número de camas disponíveis no concelho de Odívetas distribuídos por freguesia.....	34
Gráfico n.º 3 – Distribuição da população por género.....	36
Gráfico n.º 4 – Distribuição da população por idade.....	36
Gráfico n.º 5 – Distribuição da população por nacionalidade	37
Gráfico n.º 6 – Distribuição da população por habilitações literárias	37
Gráfico n.º 7 – Distribuição da população por experiência profissional anterior.....	38
Gráfico n.º 8 – Distribuição da população por tempo de serviço na instituição.....	38
Gráfico n.º 9 – Resultados da avaliação da formação: intervenção do formador.....	59
Gráfico n.º 10 – Resultados da avaliação da formação: desenvolvimento da formação	59
Gráfico n.º 11 – Resultados da avaliação global da formação	60
Gráfico n.º 12 – Resultados do teste de avaliação de conhecimentos	60

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 – Problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem.....	45
Tabela n.º 2 – Objetivos: geral e específicos do projeto de intervenção comunitária....	49
Tabela n.º 3 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 1	49
Tabela n.º 4 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 2	49
Tabela n.º 5 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 3	50
Tabela n.º 6 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 4	50

Índice de Quadros

Quadro n.º 1 – Aplicação da “grelha de análise” para priorização dos problemas	47
Quadro n.º 2 – Atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia: sessões de formação	54
Quadro n.º 3 – Atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia: articulação com entidades	55
Quadro n.º 4 – Resultados dos indicadores de acordo com os objetivos específicos.....	57

Índice de Figuras

Figura n.º 1 – Componentes de um programa de prevenção e controlo de infeção	19
Figura n.º 2 – Modelo de Promoção da Saúde (revisto).....	26
Figura n.º 3 – Critérios estabelecidos na análise ao cadastro	33
Figura n.º 4 – Critérios de identificação da instituição alvo para intervenção	35
Figura n.º 5 – Adaptação do diagrama do MPS revisto de Nola Pender.....	41
Figura n.º 6 – Logotipo do projeto de intervenção comunitária	53

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste relatório constitui-se como o culminar de uma importante etapa no caminho percorrido ao longo dos últimos tempos. Um caminho de desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências fundamentais à prática do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Inserindo-se na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, baseado na matriz orientadora da ficha da unidade curricular, este relatório pretende descrever, analisar e refletir sobre o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio que decorreu entre 05 de setembro e 16 de dezembro de 2022 na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde ACeS) de Loures – Odivelas da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público, subsistindo permissão para a identificação da Instituição (Anexo I). A USP Professor J. Pereira Miguel, enquanto observatório de saúde, visa alcançar ganhos em saúde para a população através da proteção, promoção da saúde e da prevenção da doença com o estabelecimento de parcerias e estratégias com a comunidade (SNS, 2023).

Um contexto de estágio inserido numa equipa multidisciplinar permitiu, com iniciativa e criatividade, a aquisição de competências facilitadoras para a tomada de decisão, baseada na investigação científica e nos regulamentos (Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 428/2018) contribuindo para resolução dos problemas respeitando os valores e deveres da profissão e cumprindo os normativos éticos, deontológicos e legais.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um tipo de infeção adquirida, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, num ambiente hospitalar ou noutra entidade de saúde, e que podem afetar os utentes e os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007; Gonçalves & Carmo, 2022). As IACS e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM) são um problema de saúde pública a nível mundial (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018). Constituem-se como um dos eventos adversos mais prevalentes e uma das principais causas de morte em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022).

Ao longo das últimas décadas, tem ocorrido um aumento significativo das pessoas idosas (Pordata, 2022). As projeções apontam para números preocupantes, em 2050, em Portugal, mais de uma em cada oito pessoas terá 80 ou mais anos (OCDE, 2021). Em paralelo, o crescimento de doenças crónicas origina o aumento do grau de dependência e uma maior necessidade de cuidados de saúde (Anderson & Durstine, 2019). Fatores que contribuem para a necessidade de recorrer à institucionalização das pessoas idosas (Lini et al., 2016).

Perante este enquadramento, surgiu o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária alicerçado na metodologia do planeamento em saúde, com as etapas estabelecidas por Imperatori & Giraldes (1993), integrando os construtos do referencial teórico de Enfermagem desenvolvido por Nola Pender e utilizando técnicas de pesquisa aplicadas a uma população de cuidadores formais de uma Estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI). Construiu-se uma estratégia dirigida à prevenção e controlo de infeção capacitando os cuidadores para a prestação de cuidados promotores da segurança.

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, será apresentado o problema de saúde pública que são as infeções e resistências aos antimicrobianos, com destaque para as implicações desses problemas de saúde e o papel dos cuidadores formais às pessoas idosas residentes nas ERPI's. No segundo capítulo, serão discutidas as linhas gerais do referencial teórico escolhido, o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia do planeamento em saúde, com a explanação da construção de todo o projeto de intervenção comunitária. No quarto capítulo, será abordada a aquisição de competências de mestre em Enfermagem e enfermeiro especialista na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, apresentando as competências desenvolvidas. Por fim, no quinto capítulo, serão apresentadas as considerações finais.

Em termos de redação foi adotado o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. As citações e referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas de referenciação da 7ª edição da American Psychological Association.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com a elaboração deste capítulo pretende-se apresentar a informação mais relevante e pertinente em abordagem à temática escolhida para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária. São referidas informações relativas às infeções, aos princípios para a implementação de programas de prevenção e controlo de infeção, à problemática do envelhecimento e as consequências da institucionalização das pessoas idosas e ainda, o papel dos cuidadores formais responsáveis pela prestação de cuidados.

1.1 – Prevenção e Controlo de Infeção

No século XIX, os trabalhos pioneiros de Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss e Joseph Lister, contribuíram para que nos hospitais, até essa altura considerados insalubres e com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica, fossem iniciados os primeiros passos no âmbito da prevenção e controlo de infeção hospitalar, proporcionando uma prestação de cuidados de saúde mais adequados e seguros (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2007).

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direção-Geral da Saúde e depois, em 1979, pela Direção-Geral dos Hospitais que, recomendou o controlo da infeção a todas as unidades de saúde. Alguns dos marcos mais relevantes incluem, a criação das comissões de controlo de infeção nos hospitais em (1993) e nas restantes unidades de saúde (1996), o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998) e o Programa Nacional de Controlo da Infeção (1999), que em 2006 passou para a esfera de ação da DGS. Em 2007, surge a publicação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Este programa, em 2013, sofreu a fusão com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos originando o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tornando-se um dos programas de saúde prioritário (Despacho n.º 2902/2013). Com a implementação do Plano Nacional para a Segurança

dos Doentes¹ 2021-2026 e na sequência dos efeitos provocados pela pandemia por COVID-19, surgiu a necessidade de melhorar vários indicadores de saúde no âmbito do PPCIRA, originando a mais recente alteração legislativa visando a atualização da missão e estrutura deste programa, tornando-o mais adaptado aos desafios crescentes e emergentes de todo o Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 10901/2022).

1.1.1 – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um tipo de infeção adquirida, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, num ambiente hospitalar ou noutra entidade de saúde, e que podem afetar os utentes e os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007; Gonçalves & Carmo, 2022).

As IACS e o aumento das Resistências aos Antimicrobianos (RAM) são um problema de saúde pública a nível mundial (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Dificultam o tratamento adequado das pessoas, aumentam a morbidade e mortalidade e causam elevados custos diretos e indiretos nos sistemas de saúde e na sociedade (DGS, 2013; Gonçalves & Carmo, 2022), sendo uma das maiores causas de morte em todo o mundo, estimando-se que em 2019 tenham sido responsáveis por 4.95 milhões de mortes (OMS, 2022). As IACS são o evento adverso mais representativo e oneroso, merecendo pela sua relevante dimensão, uma especial atenção no âmbito da prevenção do risco e da segurança do doente (Alves et al, 2015).

Neste âmbito, as organizações internacionais de referência, mais concretamente, a OMS, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) e o European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC), referem que as IACS, a nível mundial, são dos eventos adversos mais frequentes em todo o mundo (OMS, 2022; ECDC, 2022).

As IACS originam graves consequências, quer em termos clínicos, aumentado a mortalidade e a morbidade, quer em termos económicos e sociais, através do prolongamento do tempo de internamento, aumento de recursos técnicos e humanos, absentismo laboral, incapacidade e mortalidade precoce. São claramente umas das

¹ O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 preconiza nos objetivos estratégicos a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos.

principais ameaças à qualidade dos cuidados e à segurança do doente (OMS, 2011; OPSS, 2018; ECDC, 2022).

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, a tecnologia cada vez mais avançada e invasiva e a maior diferenciação técnica nas intervenções dos cuidados de saúde conduzem a um acréscimo no risco de infeção. Apesar destes relevantes fatores, diversos estudos internacionais apontam para o facto de, cerca de um terço das IACS poderem ser evitáveis (DGS, 2007; DGS, 2013).

Em Portugal, no ano de 2017 foi realizado um estudo de prevalência de IACS em 268 Unidades de Cuidados Continuados Integrados e os resultados revelaram que as infeções mais frequentes são: as infeções do trato urinário (34,48%), as infeções do trato respiratório (25,48%) e as infeções da pele e tecidos moles (23,77%) (DGS, 2018). Dados corroborados numa revisão sistemática que analisou a prevalência das IACS a nível mundial (OMS, 2011). Também a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) salienta que, a grande preocupação nas IACS está relacionada com o aumento das RAM que diminuem, ou inviabilizam o tratamento das infeções. Nas instituições dirigidas à assistência de pessoas idosas, as IACS mais prevalentes incluem: as infeções do trato urinário, do trato respiratório inferior e da pele e tecidos moles (OMS, 2011; OCDE, 2021).

Atendendo aos elevados custos financeiros atribuídos às IACS, a realização de uma estimativa do número de dias adicionais de internamento hospitalar devido a IACS, sugere que o custo total anual para o Serviço Nacional de Saúde Português, é de cerca de 280 milhões de euros (Gonçalves & Carmo, 2022).

Considerando que as IACS constituem um problema de saúde pública de elevada relevância mundial, têm sido desenvolvidas várias iniciativas, programas e estratégias com o objetivo de reduzir a sua incidência, prevalência e impacto. Algumas dessas medidas incluem, o estabelecimento de orientações e normas clínicas, a implementação das precauções básicas e medidas de isolamento baseadas nas vias de transmissão dos microrganismos e a permanente vigilância epidemiológica, nomeadamente em relação aos microrganismos multirresistentes (DGS,2019).

1.1.2 – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

Em 2014, o PPCIRA “implementou uma Estratégia Multimodal para promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), agregando a Estratégia Multimodal de Promoção da Higiene das Mãos” (DGS, 2016:4). O objetivo prendeu-se com a importância em continuar a promoção da higiene das mãos e abordar as restantes PBCI, de uma forma padronizada e consistente (DGS, 2016). É uma estratégia primária de eficácia comprovada, na minimização do risco de infeção (DGS, 2018), com módulos de monitorização da higiene das mãos e do uso de luvas e auditoria global aos dez componentes que integram as PBCI (DGS, 2022). As PBCI são um conjunto de boas práticas, concebidas de acordo com os riscos inerentes aos procedimentos clínicos. O objetivo é a prevenção da transmissão cruzada das IACS, garantindo a segurança de todos, utentes e profissionais. As PBCI aplicam-se a todos os utentes, independentemente de se conhecer, ou não, o seu estado de saúde-doença. Os dez componentes que integram as PBCI incluem: a colocação e o isolamento dos utentes; a higiene das mãos; a etiqueta respiratória; o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI); a descontaminação do material e equipamento; o controlo ambiental; o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura de resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e a exposição de risco no local de trabalho (DGS, 2012; DGS, 2017). As estratégias multimodais são consideradas muito eficazes, nesse contexto, a OMS estabelece que todos os países devem implementar programas de prevenção e controlo de infeção em consonância com os planos de saúde nacionais, com o objetivo de prevenir as IACS e as RAM, abrangendo todos os contextos da prestação de cuidados de saúde. A organização dos programas de prevenção e controlo de infeção devem alicerçar-se em oito componentes, considerados essenciais e determinantes para o sucesso deste tipo de programas (OMS, 2022).

Conforme apresentado na figura n.º 1 salienta-se que os programas devem englobar os oito componentes: a existência de *guidelines*, a educação e o treino dos profissionais; a vigilância epidemiológica; a monitorização, auditoria dos processos e o *feedback* da informação; o estabelecimento dos rácios e cargas de trabalho dos profissionais e a ocupação de camas; e, a construção das instalações, materiais e equipamentos (OMS, 2022).

Figura n.º 1 – Componentes de um programa de prevenção e controlo de infeção



Fonte: OMS, 2022

A OMS estabelece ainda, que a educação e o treino em prevenção e controlo de infeção devem abranger todos os profissionais que trabalham na área da saúde, das áreas clínicas às áreas administrativas e de serviços de suporte e apoio. A educação e o treino devem existir no início do desempenho de funções e de forma contínua (OMS, 2016a). Um problema tão complexo, com a magnitude e as implicações das infeções e RAM, carece de intervenções devidamente planeadas, estruturadas e sistematizadas incorporando iniciativas que garantam ações em todos os níveis de prevenção, estimulando a adoção de comportamentos que promovam a redução da exposição a fatores de risco e capacitando todos os que entram em contato com os serviços de saúde.

1.2 – O envelhecimento e a institucionalização das pessoas idosas

A possibilidade de viver mais tempo é uma das conquistas mais relevantes da humanidade. É um recurso valioso que resultou do desenvolvimento social, económico e dos avanços na área da saúde. Atualmente, a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 anos ou mais. O envelhecimento da população continuará a afetar todos os aspetos da sociedade, educação, habitação, saúde, cuidados de longo prazo, proteção social, transporte, informação e comunicação, bem como as estruturas familiares e laços intergeracionais (OMS, 2016b).

O envelhecimento populacional tornar-se-á uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. A curto prazo, prevê-se que em Portugal, o índice de envelhecimento quase duplicará (Instituto Nacional de Estatística, 2020). A percentagem

de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos tem vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas (Pordata, 2023).

As estimativas indicam que o número de idosos, com 65 anos ou mais, venham a duplicar até 2050 e triplicar até 2100 atingindo o valor de 3,1 mil milhões. O aumento no grupo de pessoas com 80 anos ainda é mais expressivo, em alguns países, como é o caso de Portugal onde em 2050, mais de uma em cada oito pessoas terá 80 anos ou mais (OCDE, 2021).

O crescimento do número de pessoas idosas e o crescimento de doenças crónicas originam um aumento do grau de dependência e portanto, uma maior necessidade de cuidados de saúde (Anderson & Durstine, 2019). Cada vez mais, as necessidades das pessoas idosas dependentes são mais complexas, com múltiplas condições crónicas (OCDE, 2020). O aumento do grau de dependência em consequência do declínio físico e/ou mental, assim como as alterações provocadas na dinâmica da família, contribuem para a necessidade de recorrer à institucionalização das pessoas idosas (Lini et al., 2016). Nestas instituições, as pessoas, têm na maioria das vezes uma idade avançada, associada a doenças crónicas, vivem próximas umas das outras, partilham espaços físicos e contactam com profissionais de saúde. São fatores que contribuem para a vulnerabilidade, aumento do risco de transmissão de infeções e com as respetivas consequências para a condição clínica da pessoa idosa (Sloane et al, 2020). As pessoas idosas, à medida que o sistema imunitário se deteriora, tornam-se mais frágeis e vulneráveis aumentando o risco de infeção. A institucionalização, a partilha de espaços e as comorbilidades individuais contribuem para a existência de um alto risco de infeções associadas à prestação de cuidados. Os fatores referidos justificam a necessidade de uma abordagem fundamental que seja eficaz na prevenção e controlo de infeções nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Au et al, 2021).

Ao longo dos últimos anos tem vindo a aumentar o número de respostas sociais para dar resposta às necessidades das pessoas idosas. Em 2020 existiam em Portugal continental, 2561 ERPI's com capacidade de alojamento para 101.919 pessoas idosas (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2023).

Portugal, em 2012, com o intuito de uniformizar a legislação existente, publicou um diploma para garantir uma designação comum para as respostas residenciais para pessoas idosas e estabelecer as condições de funcionamento e instalações destas estruturas,

permitindo assim, uma harmonização das regras deste tipo de resposta social. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), é entendida como, estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Objetivava-se a existência de serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas contribuindo para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo com potencialização da interação social (Portaria 67/2012, de 21 de março). O mesmo diploma estabelece os rácios de profissionais considerando o número de pessoas idosas institucionalizadas.

Apesar do crescimento do número de pessoas idosas, a mesma tendência não se verifica no número de profissionais de cuidados nas instituições que têm permanecido relativamente estático apontando para uma clara assimetria no setor (OCDE, 2020). Portugal tem a menor concentração de trabalhadores de cuidados na OCDE (menos de 1 trabalhador por cada 100 pessoas com mais de 65 anos). O valor de referência deveria ser aproximadamente de 4 trabalhadores por cada 100 pessoas com mais de 65 anos. (OCDE, 2020; Gil, 2020).

1.2 – Cuidadores Formais: Ajudantes de Ação Direta

De acordo com a definição preconizada pela OMS, o cuidador é a pessoa que presta apoio e assistência, formal ou informal, às pessoas idosas em várias atividades. A assistência formal é definida como: a ajuda prestada a pessoas com uma ou mais deficiências por organizações ou indivíduos (excluindo familiares, amigos ou vizinhos) que representam organizações (OMS, 2004). Os cuidadores formais são definidos como funcionários remunerados que prestam cuidados e/ou assistência a pessoas limitadas em suas atividades diárias em casa ou em instituições, excluindo hospitais (OCDE, 2021). Em Portugal, os profissionais que prestam cuidados nas ERPI são designados por Ajudantes de Ação Direta² (AAD) e as suas atribuições estão contempladas no Decreto-lei 414/99 de 15 de outubro. Os AAD trabalham diretamente com pessoas idosas garantindo o seu

² Ao longo deste documento será utilizada a designação de “Cuidador formal” em detrimento do termo Ajudante de Ação Direta. No caso dos documentos apresentados em apêndice mantém-se a designação de Ajudante de Ação Direta.

bem-estar. As tarefas atribuídas incluem, ajuda às necessidades de vida diárias, nomeadamente, o apoio à alimentação, mobilidade, cuidados de higiene e conforto e vestuário (Decreto-lei 414/99).

Uma grande maioria dos cuidadores formais não possuem qualificações profissionais na área específica em que trabalham e muitas vezes a supervisão por técnicos devidamente qualificados também está ausente (Pinheira & Beringuilho, 2017). Os cuidadores formais constituem a maior parte da força de trabalho (70%) nas instituições destinadas às pessoas idosas. Os requisitos de admissão são reduzidos e as lacunas no conhecimento são frequentes, nomeadamente, sobre as condições geriátricas, segurança, cuidados após a alta hospitalar ou no apoio aos cuidados em fim de vida (OCDE, 2020). A diversidade de tarefas atribuídas aos cuidadores formais, o tempo de trabalho e o número elevado de pessoas idosas à sua responsabilidade originam sobrecarga de trabalho pela falta de tempo para a execução de todas as tarefas e pela escassez de recursos humanos dedicados a estas funções (Barbosa et al., 2017).

Em todos os países da OCDE, os cuidadores formais relatam estarem expostos a fatores de risco mentais no local de trabalho com conseqüente stresse psicológico. Em termos salariais são também dos profissionais mais mal pagos (Llena-Nozal et al, 2022).

1.2.1 – Formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção

Para que haja qualidade nos cuidados prestados às pessoas idosas é importante haver investimento na formação e valorização profissional. A formação contínua é um fator muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, tal como das organizações. O investimento na formação profissional contínua permite a valorização da profissão, o desenvolvimento pessoal e aumenta a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas (Sousa, 2011). A formação e o treino em programas de prevenção e controlo de infeção devem abranger todos os profissionais das instituições, numa perspetiva de formação contínua. Preconizam-se programas formativos com utilização de estratégias participativas, treino e simulação de casos práticos (OMS, 2016a). A formação em PBCI e o treino dos cuidadores que prestam cuidados diretos é fundamental, em particular a formação em higiene das mãos (DGS, 2017; Puto et al, 2020). A prevenção das IACS necessita de uma abordagem que seja adequada aos cuidadores permitindo o alargamento das competências profissionais (Cazzoletti et al, 2021). O ambiente de lares de idosos é desafiador para a formação dos profissionais devido à constante rotatividade e à variação no nível de treino. A realização de intervenções dirigidas à promoção dos conhecimentos, reduzem as infeções e aumentam

a segurança das pessoas idosas institucionalizadas (Koo et al, 2016). Vários estudos salientam a relevância da formação em prevenção e controlo de infeção (Chow, 2020; Wood et al, 2018). É importante garantir a identificação das necessidades de formação, a realização de treino dirigido e a promoção das práticas adequadas em termos de prevenção e controlo de infeção (Lee et al, 2017). Uma abordagem robusta da prevenção das IACS envolve níveis de competência adequados da equipa de cuidadores em formação em prevenção e controlo de infeção (Cazzoletti et al, 2021). É fundamental a adoção e adesão a procedimentos como a adequada higiene das mãos, a utilização de máscara e formação de treino das equipas em controlo de infeção (Wang et al, 2021). Na formação dos cuidadores é necessário abordar as áreas que compõem as PBCI (Puto et al, 2020). No estudo observacional desenvolvido por Au et al (2021), verificou-se que os cuidadores foram os profissionais que apresentaram as piores taxas de conformidade na higiene das mãos, no uso das luvas e na utilização de proteção respiratória.

Os dados referidos decorrem da revisão elaborada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* para uma *scoping review*, com o objetivo de mapear o conhecimento sobre a importância da formação dirigida aos cuidadores formais no âmbito da prevenção e controlo de infeção no contexto das ERPI (Apêndice XX).

2 – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O primeiro Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender foi publicado em 1990, identificava os fatores influenciadores dos comportamentos de saúde integrando as perspetivas da enfermagem e das ciências comportamentais. Funciona como um guia explorador dos complexos processos biopsicossociais que motivam as pessoas a assumirem comportamentos promotores de saúde. Com a sua aplicação na prática foi revisto e a versão atual conta com os contributos de Carolyn L. Murdaugh e Mary Ann Parsons. Sustentada na escola de promoção da saúde e inserida no paradigma da integração, Nola Pender desenvolve a grande teoria, “Health Promotion in Nursing Practice” com uma orientação para a pessoa. Atendendo aos conceitos metaparadigmáticos da disciplina enfermagem, apresentam-se os princípios definidos por Nola Pender.

A pessoa é o objeto de cuidado da enfermagem e é concebida como um ser completo, corpo, mente e espírito. É dada ênfase à valorização da individualidade da pessoa e da sua capacidade de autocuidado (Pender et al, 2015).

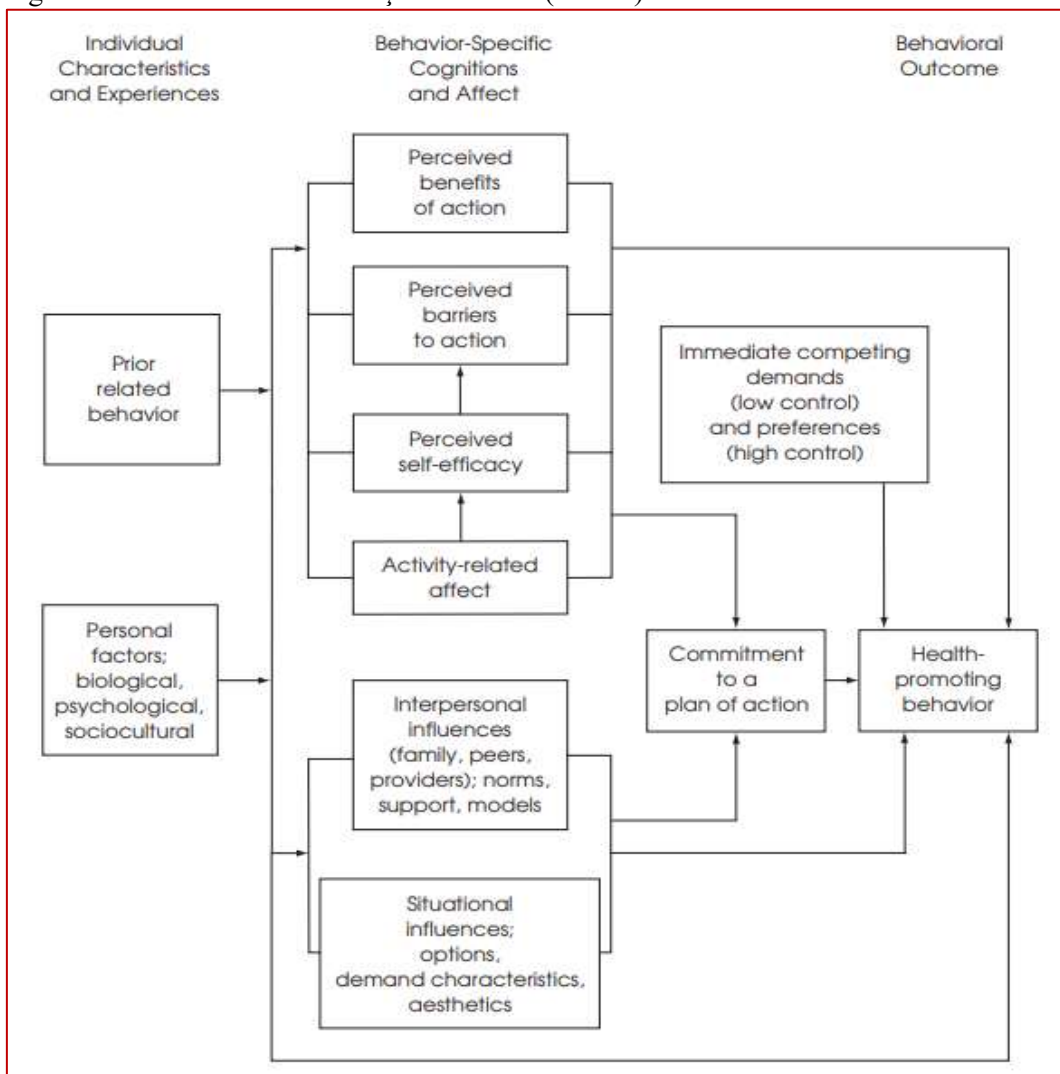
A saúde é concebida como um estado de bem-estar físico, mental e social. Não é apenas uma condição biológica, é também influenciada por fatores sociais, psicológicos e comportamentais. A saúde é um processo dinâmico e contínuo, resultante da interação entre o indivíduo e seu ambiente sendo por isso fundamental considerá-la numa perspetiva holística (Pender et al, 2015).

A enfermagem é vista como um campo de prática independente, cujo objetivo é promover a saúde e o bem-estar da pessoa. De forma a garantir os melhores cuidados, a prática da enfermagem deve ser colaborativa com as restantes áreas da saúde. A colaboração deve ser extensível às pessoas, famílias e comunidades (Pender et al, 2015).

O meio ambiente é o contexto em que as pessoas vivem, incluindo as condições físicas, sociais, culturais e políticas que influenciam a saúde. O meio ambiente pode ser manipulado pela pessoa, onde podem ser estabelecidos elementos facilitadores de comportamentos promotores de saúde. Como tal, é um fator importante a considerar nos cuidados à saúde (Pender et al, 2015).

O MPS considera que existem duas razões que levam as pessoas a adotarem comportamentos promotores de saúde, por um lado, o desejo em promover a própria saúde através de comportamentos indutores de bem-estar e por outro lado, o desejo de proteger a saúde numa perspectiva de diminuir a probabilidade de ter problemas de saúde (Stanhope & Lancaster, 2016). Na figura n.º 2 apresenta-se o MPS revisto.

Figura n.º 2 – Modelo de Promoção da Saúde (revisto)



Fonte: Pender, et al (2015:35)

O MPS procura retratar a essência multidimensional da interação das pessoas com o ambiente na procura de saúde. Assenta em três grandes componentes: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, e o resultado do comportamento (Pender et al, 2015).

As Características e Experiências Individuais: cada pessoa é detentora de características únicas que em conjunto com as suas experiências influenciam as suas ações. As características e experiências individuais incluem os comportamentos anteriores e os fatores pessoais (Pender et al, 2015).

- Os comportamentos anteriores exercem um efeito significativo na escolha e adoção de comportamentos de promoção de saúde. A enfermagem deve focar-se nos benefícios dos comportamentos de saúde, ajudando a pessoa a superar os obstáculos e construindo sentimentos e afetos positivos em torno dos comportamentos desejados (Pender et al, 2015).
- Os fatores pessoais preditivos de um determinado comportamento são moldados pela natureza do comportamento pretendido. Os fatores pessoais incluem aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender et al, 2015).

As Cognições específicas de comportamento e afetos: as variáveis específicas do comportamento desempenham um papel importante em termos motivacionais, intervir sobre elas pode contribuir para a sua modificação. As variáveis incluem: a perceção dos benefícios, barreiras e autoeficácia, os afetos e sentimentos relacionados com a atividade, as influências interpessoais e as influências situacionais. A medição destas variáveis é essencial para a avaliar os efeitos e eficácia das intervenções (Pender et al, 2015).

- Benefícios percebidos da ação: são representações mentais das consequências positivas de um comportamento. O envolvimento da pessoa depende dos benefícios que a pessoa espera alcançar. Os benefícios podem ser intrínsecos ou extrínsecos (Pender et al, 2015).
- Barreiras percebidas à ação: são as perceções sobre as dificuldades para a ação. Muitas vezes representam os bloqueios e obstáculos mentais para a adoção do comportamento promotor de saúde e pode diminuir o compromisso com o plano de ação (Pender et al, 2015).
- Autoeficácia Percebida: é o julgamento sobre a capacidade da pessoa se organizar para uma determinada ação. Quando a pessoa sente que é eficaz tem uma maior probabilidade de adotar os comportamentos desejados. Os afetos desempenham um papel importante para a perceção da autoeficácia que por sua vez influencia a perceção das barreiras e o nível de compromisso com o plano de ação (Pender et al, 2015).

- Os sentimentos relacionados com a atividade: os afetos influenciam os sentimentos que por sua vez também influenciam o comportamento. Os sentimentos positivos tendem a originar comportamentos repetidos enquanto os sentimentos negativos retraem o comportamento (Pender et al, 2015).
- Influências Interpessoais: são as cognições que envolvem os comportamentos, crenças, normas sociais e atitudes das outras pessoas. Elas podem, ou não, corresponder à realidade e determinam a predisposição para a pessoa se envolver em comportamentos de promoção da saúde. As pessoas são propensas à realização de comportamentos socialmente aceites (Pender et al, 2015).
- Influências Situacionais: são as percepções e cognições pessoais em qualquer situação ou contexto que pode facilitar ou impedir o comportamento. As pessoas tendem a adotar os comportamentos adequados quando se sentem confortáveis nos contextos e ambientes. As influências situacionais são uma chave importante no desenvolvimento de estratégias eficazes, facilitando a aquisição e a manutenção dos comportamentos promotores de saúde (Pender et al, 2015).

As pessoas tendem a envolverem-se nas atividades que são organizadas em detrimento das atividades desorganizadas. No MPS o compromisso com o plano de ação tem subjacente o processo cognitivo do compromisso para a realização de uma ação específica, num determinado momento e lugar, e a identificação de estratégias que reforçam o comportamento (Pender et al, 2015).

O comportamento de promoção de saúde é o resultado do MPS que tem por objetivo a obtenção de resultados positivos e consequentes ganhos de saúde. A opção por estilos de vida saudáveis, influenciam os determinantes de saúde que são moldados pelos comportamentos de promoção de saúde (Pender et al, 2015).

No MPS é dada uma grande ênfase na capacitação das pessoas, através de programas educacionais, intervenções e ambientes de apoio que encorajem e facilitem os comportamentos saudáveis (Tomey & Alligood, 2004). A avaliação da efetividade da implementação de projetos de promoção da saúde na comunidade envolve a medição dos resultados dos projetos em relação aos objetivos estabelecidos. A participação da comunidade é crucial para garantir que as intervenções de promoção da saúde sejam relevantes e efetivas e que os resultados da avaliação sejam baseados nas necessidades e perspectivas da comunidade.

3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A Especialidade de Enfermagem Comunitária na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública necessita de adequar as suas respostas às necessidades da comunidade, através de projetos de saúde adequados, personalizados e de qualidade. Com base na metodologia do Planeamento em Saúde o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária avalia o estado de saúde de uma comunidade, sustento para uma intervenção promotora da capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018).

Neste capítulo serão descritas as etapas desenvolvidas baseadas na metodologia de planeamento em saúde enquanto instrumento que permite realizar ações conducentes ao desenvolvimento de projetos baseados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, objetivando ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

A definição de planeamento em saúde aponta para “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993:6). É um processo de investigação sobre a realidade e as suas múltiplas vertentes (Imperatori & Giraldes, 1993). As orientações metodológicas adotadas, foram alicerçadas em Imperatori e Giraldes (1993), seguindo as etapas preconizadas para o planeamento em saúde: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e por fim a avaliação.

3.1 – Diagnóstico de situação

Primeira fase do planeamento da saúde compreendendo a identificação dos problemas e o levantamento das necessidades sentidas e expressas da população enquanto condição indispensável para delinear a intervenção (Imperatori & Giraldes 1993). O diagnóstico de situação assume uma preponderante importância para a construção de projetos, programas ou mesmo, para o plano local de saúde (Tavares, 1990). Somente a partir do

diagnóstico de situação será possível atuar (Imperator & Giraldes, 1993), identificando os problemas e determinando as necessidades (Tavares, 1990). A intervenção é precedida da identificação de necessidades de saúde da população em estudo, permitindo completar lacunas existentes entre uma situação desejada e uma situação real no âmbito da saúde (Pineault, 2016). Os conceitos de necessidades e problemas relacionam-se entre si, pois a necessidade corresponde ao que deve ser realizado para que os problemas, enquanto estado de saúde no espaço temporal em análise, possam atingir a situação desejada (Pineault, 2016). As necessidades de saúde podem ser reais e/ou sentidas, que por sua vez, podem ser expressas e/ou não expressas (Tavares, 1990; Pineault, 2016).

3.1.1 – Contexto do local de intervenção

O estágio final foi realizado entre 5 de setembro e 16 de dezembro de 2022, na Unidade de Saúde Pública (USP) “Professor J. Pereira Miguel”, do ACeS Loures-Odivelas, inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O ACeS de Loures – Odivelas tem uma área de influência que abrange a área geodemográfica dos concelhos de Loures e Odivelas, correspondente a cerca de 196Km² distribuídas por 14 freguesias (USP, 2019a), com um total de 371.149 utentes inscritos (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023). De acordo com os dados dos censos a população residente totaliza 349.624 habitantes, 201.590 no concelho de Loures e 148.034 no concelho de Odivelas (Pordata, 2023).

O índice de dependência total dos utentes abrangidos é de 57,45% (superior ao valor nacional, 56,31%), o de jovens é de 23,94% (superior ao valor nacional, 19,75%) e nas pessoas idosas é de 33,51% (inferior ao valor nacional, 36,55%) (SNS, 2023). Existem 44.306 pessoas idosas no concelho de Loures e 30.912 no concelho de Odivelas. Considerando o índice de fecundidade, Loures apresenta um valor de 1,62 e Odivelas um valor de 1,67 (Pordata, 2023).

O ACeS é constituído por 30 Unidades Funcionais: 19 Unidades de Saúde Familiar, 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 4 Unidades de Cuidados na comunidade, uma USP e uma Unidade de Recursos Assistenciais partilhados (SNS, 2023).

A missão da USP Professor J. Pereira Miguel visa alcançar ganhos em saúde para a população através da proteção, promoção da saúde e da prevenção da doença, utilizando os recursos dos serviços de saúde da comunidade e das unidades funcionais do ACeS.

Pretende ser um elemento catalisador de parcerias e estratégias com os diversos agentes da comunidade, tornando-se assim, uma reconhecida instituição de referência (SNS, 2023).

As competências da USP compreendem: a elaboração da informação e planos no domínio da saúde pública; a gestão dos programas de intervenção no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população e grupos específicos; realização de procedimentos relacionados com a vigilância epidemiológica; e a colaboração nas funções de autoridade de saúde de acordo com a legislação em vigor (USP, 2019a).

A USP através de uma estrutura flexível, organiza-se em equipas de saúde pública por áreas, programas e projetos. Privilegiando a diferenciação técnica, cada profissional pode desempenhar funções nas diferentes equipas gestoras dos programas permitindo a necessária adequação às especificidades geodemográficas e à proximidade das populações (USP, 2020).

Existe um vasto leque de programas em curso na USP, dos quais se destaca: o Plano Local de Saúde, Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos e, outros enquadrados no âmbito da vacinação, da saúde escolar, oral, ambiental, ocupacional e na vigilância epidemiológica. Pela pertinência e relação com o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária serão apresentadas as linhas gerais, os objetivos e as competências definidas para o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e para o Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio a idosos.

O PPCIRA é um programa do ACeS Loures – Odivelas constituído por uma equipa multidisciplinar, com uma forte representatividade dos profissionais da USP. Com este programa pretende-se a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde. O seu objetivo geral centra-se na diminuição da incidência de IACS relacionadas com a prestação dos cuidados de saúde e de acordo com o cumprimento da legislação em vigor. As atividades desenvolvidas incluem a realização de auditorias com o propósito de avaliar as condições de instalação e funcionamento das unidades funcionais, a divulgação de informação e emissão de pareceres técnicos no âmbito do controlo de infeção e ainda, a articulação com lares de idosos e centros de dia para idosos (USP, 2021).

Em relação ao Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos, compete à USP a verificação das normas legais e regulamentares aplicáveis às ERPI's, em matéria de higiene e saúde, devendo também colaborar nas ações de avaliação e fiscalização da competência dos serviços do Instituto da Segurança Social. O objetivo geral do programa visa assegurar a vigilância sanitária dos estabelecimentos de apoio social para idosos da área geográfica do ACeS Loures – Odivelas e a consequente promoção da saúde dos utentes. Em termos de atividades destacam-se, a elaboração e atualização contínua do cadastro de todos os estabelecimentos, a calendarização e realização de vistorias com elaboração dos respetivos relatórios, a atualização do documento de apoio (*checklist*) às vistorias com base na legislação aplicável e a realização de ações de sensibilização. A *checklist* prevê a avaliação de 28 itens abrangendo as áreas de cuidados de saúde, higiene pessoal e imagem, a administração de terapêutica, o equipamento mínimo de suporte vital de vida e de emergência, o controlo ambiental, a lavandaria, a higienização das instalações e as condições gerais das zonas de confeção e distribuição de refeições (USP, 2019b). Apesar da atribuição de competências da equipa gestora do programa, as ações de vistoria são desenvolvidas pela equipa multidisciplinar da USP de acordo com a distribuição geodemográfica estabelecida.

3.1.2 – Identificação de problemas

Existem vários métodos e técnicas quantitativas e qualitativas para a identificação de problemas e necessidades incluídas em três tipos de abordagem, os indicadores, os inquéritos e as pesquisas de consenso (Tavares, 1990).

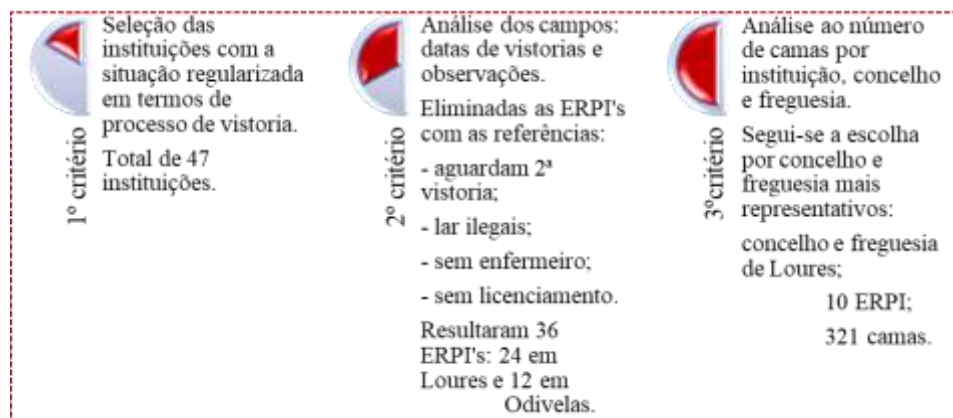
Na abordagem das pesquisas de consenso incluem-se diversas técnicas, mas para o contexto destaca-se, a “aproximação por informadores-chave”. É uma técnica que consiste numa entrevista pessoal a profissionais considerados peritos na área do estudo e permite identificar as perceções sobre o assunto (Tavares, 1990). No início do contexto clínico privilegiando a pesquisa de consenso referida foi concretizada uma entrevista exploratória com a Enfermeira orientadora clínica para a identificação das necessidades sentidas pela equipa de USP. Após a análise dos programas existentes e considerando que a Enfermeira orientadora integra as equipas gestoras dos programas (PPCIRA e Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos), foi entendido como relevante o desenvolvimento de um projeto de intervenção no âmbito da prevenção e controlo de infeção dirigido aos estabelecimentos de apoio social a idosos.

A proposta do projeto foi posteriormente apresentada, em reunião, aos elementos da equipa gestora de cada um dos programas, onde se apresentaram as linhas gerais da proposta do projeto de intervenção e os critérios definidos para a escolha da instituição. A proposta foi validada por todos os elementos das equipas gestoras dos programas reforçando assim a pertinência da intervenção neste âmbito. A etapa seguinte contemplou a apresentação em reunião à equipa de enfermagem e à coordenadora da USP, tendo recebido a concordância de todos os elementos. Seguiu-se a formalização do pedido de autorização para a intervenção dirigido ao Diretor Executivo do ACeS (Apêndice I) com a obtenção da respetiva autorização (Anexo I).

Seguiu-se uma pesquisa alargada sobre os documentos existentes na unidade relativa aos dois programas (PPCIRA e Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos) permitindo mapear o conhecimento sobre a temática proposta para a intervenção.

No âmbito do Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos existe uma base de dados, designada por cadastro, que agrega os dados relativos às instituições abrangidas pelo programa sendo atualizada na sequência das ações de vistoria. Nesta base de dados está disponível um conjunto de informações sobre a situação das instituições divididas pelos dois concelhos. Este instrumento serviu de ponto de partida para a análise da situação permitindo, através do estabelecimento de critérios (figura n.º 3) a seleção de potenciais instituições para a intervenção. Na área de abrangência do ACeS Loures – Odivelas existem 126 ERPI's, das quais, 66 no concelho de Loures e 60 no concelho de Odivelas.

Figura n.º 3 – Critérios estabelecidos na análise ao cadastro



De acordo com os dados do cadastro, à data da consulta, o total de camas disponíveis em ERPI's na área de abrangência era de 1348 distribuídas pelos dois concelhos (Loures:915; Odivelas:433). No gráfico n.º1 e n.º2 apresentam-se os dados do número de camas distribuídas por freguesias. No concelho de Loures verifica-se o maior número de camas existentes representando 67,9% do total de camas existentes. Na distribuição por freguesias, verifica-se que Loures, representa 35,1% das camas disponíveis, seguida da União de freguesias de Camarate, Unhos e Apelação com 30,7%.

O concelho de Odivelas detém 32,1% do número de camas total da área de abrangência do ACeS. Em termos de freguesias, destaca-se a União de freguesias de Ramada e Caneças que representam 73,9% das camas disponíveis neste concelho.

Gráfico n.º 1 – Número de camas disponíveis no concelho de Loures distribuídos por freguesia

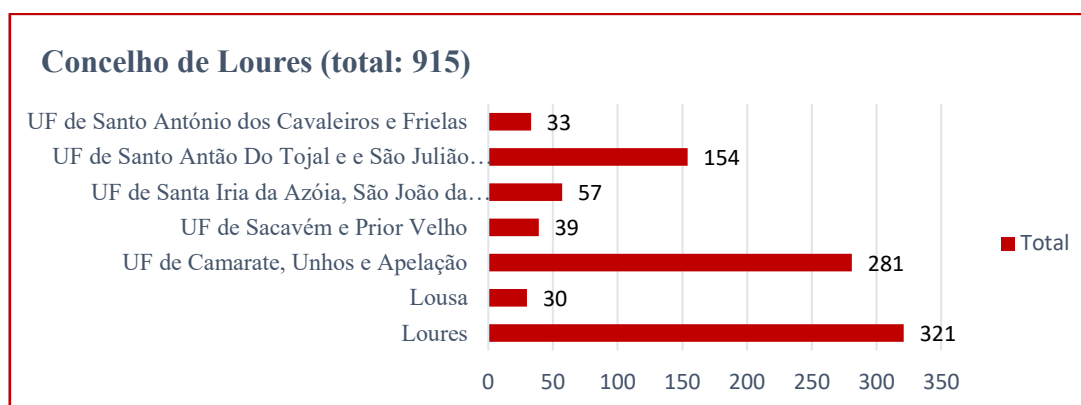
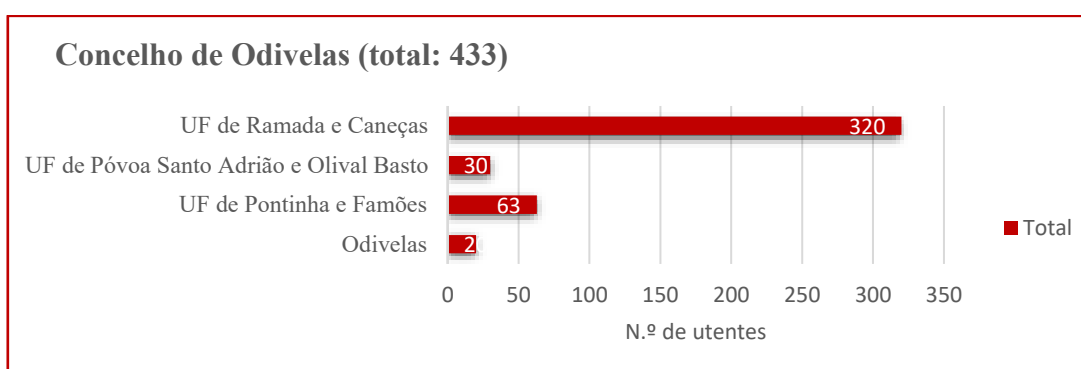


Gráfico n.º 2 – Número de camas disponíveis no concelho de Odivelas distribuídos por freguesia



Considerando o elevado número de instituições e as limitações temporais foram instituídos critérios para selecionar a ERPI alvo do projeto de intervenção. Na figura n.º4 apresentam-se os critérios utilizados. Após a aplicação dos critérios, foi realizada uma visita à instituição (Associação Luiz Pereira da Motta) integrada numa ação de vacinação coordenada pela USP. Esta visita permitiu contactar com os responsáveis da instituição

(Presidente, diretora técnica e a responsável pela área de idosos) para apresentação das linhas gerais do projeto de intervenção, averiguar o nível de aceitabilidade e perceber as condições existentes. A receptividade ao projeto foi imediata, constando-se a existência de boas condições em termos de infraestruturas e com de salas de formação devidamente equipadas em termos recursos informáticos. A visita permitiu saber que a instituição é constituída por dois polos (Sede e Casa de Santa Tecla), pelo que ambos foram considerados para a implementação do projeto de intervenção comunitária. A instituição dispõe de um total de 199 camas, distribuídas entre a Sede com 68 e a Casa de Santa Tecla com 131 camas. O número de camas disponíveis na Associação representa 21,7% das camas existentes no concelho de Loures.

Figura n.º 4 – Critérios de identificação da instituição alvo para intervenção

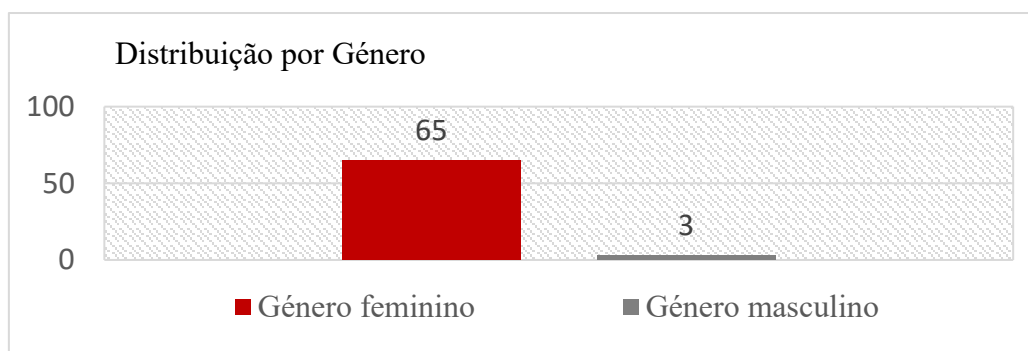


Após a visita inicial, procedeu-se ao pedido de autorização, dirigido ao presidente da instituição (Apêndice II) obtendo-se uma resposta favorável para a identificação da instituição, implementação do projeto e utilização do respetivo logotipo (Anexo II). Seguiu-se o agendamento de uma reunião exploratória de auscultação de necessidades de acordo com o guião estabelecido (Apêndice III) e a elaboração do consentimento informado e esclarecido (Apêndice IV). Após a reunião, as respostas fornecidas pelos responsáveis foram compiladas e posteriormente validadas sem qualquer sugestão de alteração (Apêndice V). Os objetivos delineados para a reunião foram concretizados, identificando a população alvo de intervenção e estabelecendo áreas de intervenção consideradas prioritárias pelos responsáveis da instituição.

3.1.3 – População alvo

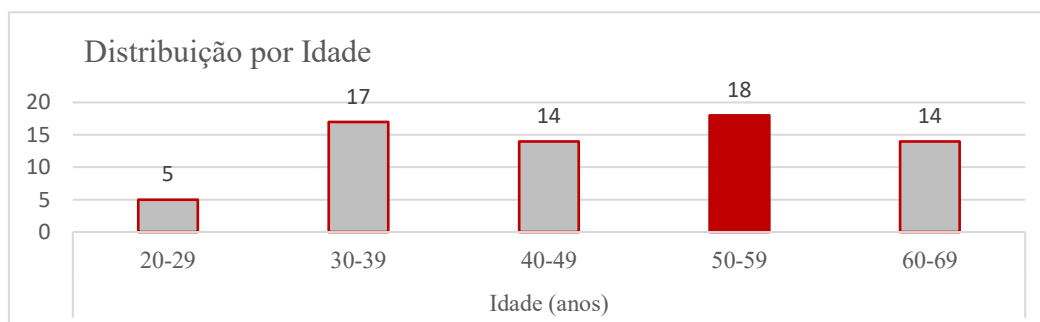
Como referido anteriormente, a identificação da população alvo do projeto de intervenção realizou-se através dos responsáveis da instituição que considerou o grupo de cuidadores formais como grupo prioritário para a intervenção. Para assegurar a caracterização da população, foi elaborada uma grelha para a identificação dos dados sociodemográficos (Apêndice VI) e solicitado o seu preenchimento à instituição em dados agrupados não permitindo a individualização da informação. Optou-se por esta via para garantir, em termos éticos a confidencialidade dos dados pessoais da população em análise. A caracterização sociodemográfica incluiu os seguintes itens: género; idade; nacionalidade; habilitações literárias; experiência profissional anterior; e, tempo de serviço na instituição. Os dados recolhidos foram introduzidos no programa informático Microsoft Excel 2013, possibilitando a análise estatística descritiva dos mesmos e a elaboração de gráficos para apresentação dos resultados. A população é constituída por 66 cuidadores formais distribuídos pelos dois polos da instituição (Sede: 22; Casa de Santa Tecla: 46).

Gráfico n.º 3 – Distribuição da população por género



Em termos de género existe um claro predomínio do género, representando 95,6% da população em análise.

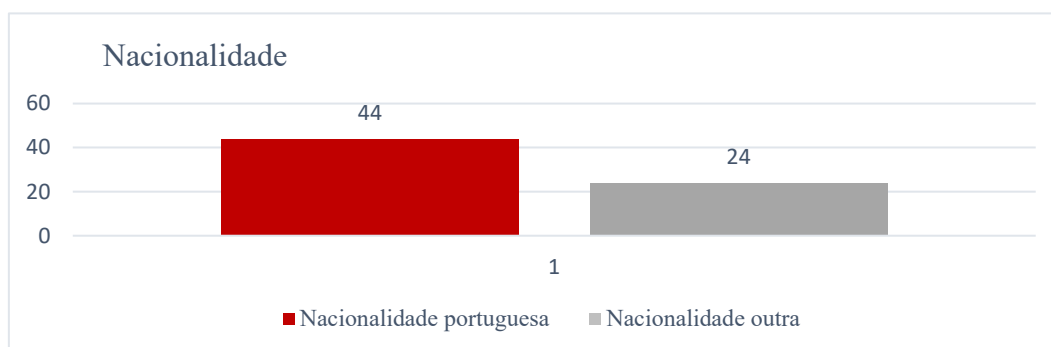
Gráfico n.º 4 – Distribuição da população por idade



Os dados da população relativamente à idade, revelam que a classe etária com menor representatividade é a classe dos “20-29” anos, as restantes classes etárias apresentam

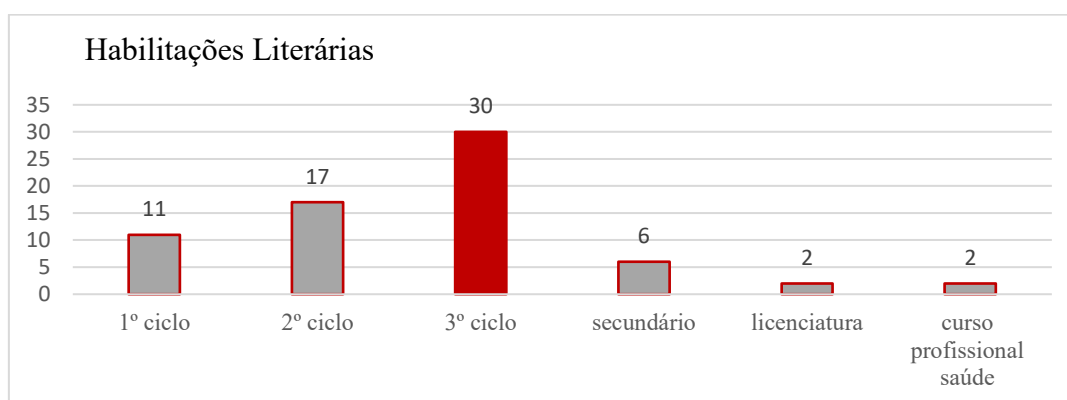
uma distribuição similar. Salienta-se que 32 cuidadores formais têm uma idade igual ou superior a 50 anos.

Gráfico n.º 5 – Distribuição da população por nacionalidade



No pedido realizado para a identificação das nacionalidades de origem, optou-se por diferenciar apenas entre nacionalidade “portuguesa” e “outra”. Pelo contexto de intervenção, entendeu-se irrelevante o acesso a informação mais detalhada. A população é constituída por 64,7% de cuidadores formais de nacionalidade portuguesa e 35,3% de nacionalidade estrangeira.

Gráfico n.º 6 – Distribuição da população por habilitações literárias



Em termos de habilitações literárias verifica-se que o “3º ciclo” é o mais representativo, correspondendo a 44,1% da população seguido do “2º ciclo” representando 25% da população em análise. Em termos de habilitações literárias, 85,3% da população em análise possui formação ao nível dos primeiros 3 ciclos.

Analisando a experiência profissional apurou-se que a maioria (63,2%) possuía experiência anterior na área da prestação de cuidados e relativamente ao tempo de permanência na instituição, 58,8% tem um tempo de serviço superior a 5 anos.

Gráfico n.º 7 – Distribuição da população por experiência profissional anterior

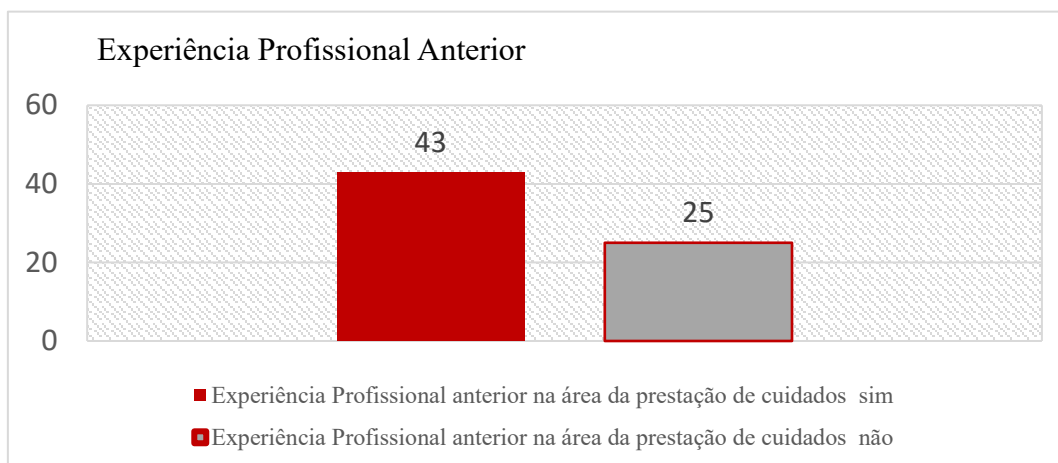
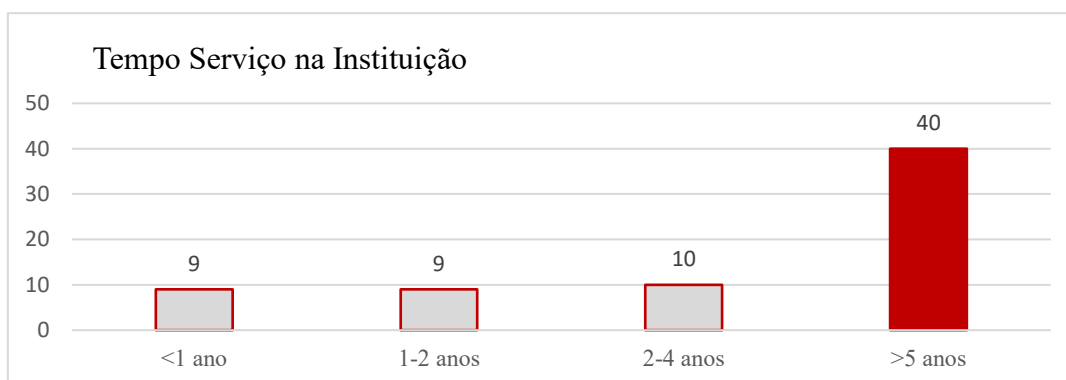


Gráfico n.º 8 – Distribuição da população por tempo de serviço na instituição



Concluindo, a maioria da população em análise é constituída por elementos do sexo feminino (95,6%), em termos de idade existe alguma homogeneidade nos dados, mas salienta-se que 47,1% da população tem 50 ou mais anos de idade. Mais de um terço é de nacionalidade estrangeira. As habilitações literárias mais representativas correspondem ao “3ºciclo” e em termos de experiência profissional anterior na área da prestação de cuidados revelou que 63,2% da população possui uma experiência anterior na área. Apesar da rotatividade dos profissionais que caracteriza estas instituições, no caso em análise, 58,8% da população encontra-se na instituição há mais de 5 anos. Os dados sociodemográficos apresentados, são bastante similares aos achados num estudo desenvolvido em 2017 com a participação de 16 ERPI’s da área metropolitana de Lisboa desenvolvido por Gil (2020).

3.1.4 – Instrumentos de recolha de informação

Para a recolha de informação foram utilizadas 3 técnicas, a entrevista exploratória, a entrevista semiestruturada e a realização de dois *focus group*. A função das entrevistas exploratórias é aumentar as pistas para a reflexão, alargando os horizontes de leitura e a tomada de consciência para as dimensões de um determinado problema. Este tipo de entrevistas pode ser conduzido sem a utilização de grelhas de análise (Quivy e Campenhoudt, 2005). A entrevista exploratória, realizada com a orientadora clínica, teve por propósito a identificação da área de intervenção para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Na pesquisa de natureza qualitativa, um dos principais instrumentos utilizados é a entrevista. A sua utilização não implica uma imposição rígida das questões, permitindo ao entrevistado abordar o tema de acordo com as suas referências (Amado, 2014). A entrevista permite analisar os sentidos dados às experiências pessoais, permitem a reconstituição de acontecimentos passados e apresenta como principal vantagem a profundidade dos elementos de análise recolhidos (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Na entrevista semiestruturada, é definido um guião para estabelecer e registar os elementos pretendidos numa ordem lógica para o entrevistador, mas durante a sua execução a interação criada permite uma grande liberdade de resposta ao entrevistado (Amado, 2014).

A realização da reunião de auscultação de necessidades seguiu os parâmetros estipulados para uma entrevista semiestruturada, com a construção do guião das questões colocadas (Apêndice III). A entrevista teve como objetivo, auscultar os responsáveis da instituição sobre as necessidades sentidas, em termos formativos na área da prevenção e controlo de infeção e a identificação da população alvo para a intervenção. A entrevista ocorreu, por solicitação da instituição, em dois momentos e contou com a participação de 5 profissionais com atribuições de responsabilidade na instituição (2 coordenadoras da área de idosos, a enfermeira responsável (Sede), a responsável pela área da formação; a supervisora dos cuidadores formais (Sede), a orientadora clínica e nós. Após a reunião, as respostas fornecidas pelos responsáveis foram compiladas e posteriormente validadas sem qualquer sugestão de alteração (Apêndice V).

As necessidades expressas, em termos formativos na área da prevenção e controlo de infeção salientou a pertinência da intervenção ser dirigidas aos conteúdos incluídos nas

PBCI nomeadamente, sobre a higiene das mãos, equipamento de proteção individual (EPI), uso de luvas, controlo ambiental e procedimentos de limpeza e higienização. Atendendo às necessidades expressas e com o intuito de identificar potenciais instrumentos validados para proceder à recolha de dados junto da população alvo de intervenção, iniciou-se uma extensa pesquisa bibliográfica, que se revelou infrutífera, optando-se pela utilização da técnica de *Focus Group*.

A técnica de pesquisa qualitativa, *Focus Group* “consiste em envolver um grupo de representantes de uma determinada população na discussão de um tema previamente fixado, sob o controlo de um moderador que estimulará a interação e assegurará que a discussão não extravase do tema” (Amado, 2014:225). A interação criada no seio do grupo originará “o principal meio e fonte de produção de dados” (Amado, 2014:226). A aplicação desta técnica preconiza a observação e o registo das interações desenvolvidas no grupo, permitindo a compreensão do processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais do grupo sobre o tema em discussão (Ferreira & Almeida, 2016).

Sendo a instituição constituída por dois polos, organizaram-se dois grupos, articulando com os responsáveis pela área de idosos a marcação das datas atendendo à disponibilidade dos respetivos serviços. O grupo presente foi obtido através de uma amostra não probabilística por conveniência. De acordo com Fortin (2019:321) a amostra “de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”. Os critérios de inclusão estipulados compreenderam: categoria profissional de cuidador formal, desempenhar funções em ERPI, consentir a sua participação e autorizar a utilização dos dados recolhidos.

Para a aplicação da técnica de *Focus Group* foi elaborado um guião orientador com as questões (Apêndice VII) construídas com base na informação previamente recolhida junto dos responsáveis e de acordo com os princípios do MPS de Nola Pender. Elaborado um consentimento informado e esclarecido (Apêndice VIII) solicitando a gravação áudio dos conteúdos abordados para posterior transcrição. A realização dos 2 *Focus Group* (designados por grupo A e grupo B), decorreu nas instalações de cada um dos polos da instituição e contou com a participação de 16 cuidadores formais no total (8 cuidadores formais em cada um dos grupos). Assumimos o papel de moderação e a orientadora clínica compilou os dados decorrentes da dinâmica do grupo complementando a informação áudio recolhida.

3.1.5 – Tratamento e análise de informação

Após a realização dos *Focus Group* procedeu-se à transcrição integral (verbatim) da informação. O tratamento da informação concretizou-se através de análise de conteúdo de acordo com as orientações de Bardin (2016). A análise de conteúdo possui duas funções, a heurística e a sistemática. A função heurística enriquece a componente exploratória aumentando a descoberta. A função de análise sistemática contribui para a confirmação ou infirmação das hipóteses estabelecidas (Bardin, 2016).

Temporalmente, a análise de conteúdo compreendeu três etapas: a pré-análise (organização e sistematização das ideias iniciais), a exploração do material (codificação, utilizando as categorias estabelecidas à priori e as subcategorias à posteriori) e o tratamento dos resultados e respetivas interpretações (Bardin, 2016). A análise de conteúdo realizada baseou-se nos objetivos de pesquisa e de acordo com as “categorias” preconizadas no MPS de Nola Pender (Figura n.º5). Procedeu-se à construção da matriz de análise de conteúdo (Apêndice IX), compilando a informação nas unidades de registo (características e experiências pessoais; cognições e afetação do comportamento; resultado comportamental), categorias, subcategorias, unidades de contexto e frequência.

Figura n.º 5 – Adaptação do diagrama do MPS revisto de Nola Pender



De forma resumida apresentam-se os elementos resultantes da análise de conteúdo divididos pelas unidades de registo, recorrendo às categorias e subcategorias estabelecidas.

A unidade de registo “características e experiências pessoais” engloba duas categorias, comportamento anterior e fatores pessoais. A caracterização dos fatores pessoais foi

realizada através da observação e pela caracterização sociodemográfica da população apresentada anteriormente.

Na categoria “comportamento anterior” a análise permitiu estabelecer 4 subcategorias (Importância das PBCI, conhecimento sobre PBCI, EPI e protocolos). A análise permitiu perceber a falta de conhecimentos em todas as subcategorias identificadas. Relativamente à importância das PBCI o grupo valorizou a sua relevância (“é importante estar consciente do que temos que fazer”; “serve para a nossa proteção como para os utentes”; “eu acho que é muito importante, acho muito importante”; “é mais fácil tratar um utente com uma infeção do que meia dúzia”; “(...) acho que é um género que por causa da covid entrou mais em foco, penso eu”).

Na unidade de registo “cognições e afetação do comportamento” subdivide-se em várias categorias conforme apresentado na figura n.º 3. Em termos de apresentação de dados salientam-se os seguintes:

Na categoria “Perceção dos benefícios da ação” com a subcategoria “conquistas e benefícios alcançados em experiências anteriores”, as unidades de registo salientaram a importância da experiência anterior e da formação (“muito, é o mais importante (...). A gente vê sempre a perceção de que qualquer desleixo (...) o saber fazer algum tipo de controle ao nosso alcance desse tipo de coisas, de infeções”; “a formação é sempre bem-vinda (...), se não vamos às formações não estamos atualizadas porque as coisas mudam. (...) mesmo que seja a falar, a gente aprende sempre mais qualquer coisa”; “(...) a formação é sempre essencial, (...) pode vir esclarecer dúvidas”; “e há coisas que mudam e nós não as praticando vai-se esquecendo”).

Na categoria “Perceção de barreiras para a ação”, com a subcategoria “Dificuldades para a adoção do comportamento”, foi muito evidente que a correta utilização dos EPI é a principal barreira para a adoção de comportamentos adequados (“eu transpiro muito e depois com os aventais ainda fico completamente encharcada e não dá para andar sempre a trocar”; “(...) quando andávamos de bata ainda era pior”; “o plástico é que faz a pessoa transpirar”; “eu já uso umas (luvas) por dentro e outras por fora, depois tiro as de dentro e enfio outras em cima”; “(...) quanto veio a [máscara] P2 era assustador”; “os aventais, eu para mim é o que me custa mais (...) não dá para andar de utente para utente a trocar (...) eu evito usar o avental, (...) por causa da minha saúde”; “a máscara é que se torna

pior por causa do calor e dificuldade em respirar”; “(...) a máscara é uma grande barreira comunicacional”

Na categoria “Perceção de autoeficácia”, a subcategoria estabelecida designou-se por “julgamento pessoal da capacidade de realizar uma ação” evidenciando-se que nas situações em que não conseguem dar resposta recorrem aos seus superiores ou aos colegas (“é com a responsável (...) quando acontece, vou tentar entender o que é que se passa”; “chega ao pé da responsável de turno” (várias a concordar que é com a responsável); “partilhamos entre colegas e depois é com a chefe, geralmente é perguntado ao colega como é que se faz, colega podes ajudar-me, senão falamos ou ligamos para a chefe”; “(...) tentamos resolver a situação de uma maneira ou de outra. Se for para ser mais acima, vem acima, se a pessoa que está acima também não conseguir fazer nada sobe, mas por norma todas elas conseguem resolver de uma maneira ou de outra, melhorando aqui ou apoiando ali, (...) a gente chama-se mutuamente e a gente resolve as coisas”).

Na categoria “Sentimento relacionado à atividade”, com a subcategoria “Sentimentos, postura corporal e resposta emocional”, sobressai do grupo elementos sobre a valorização do seu desempenho profissional, mas por outro lado manifestaram desalento e tristeza considerando que o seu trabalho não é reconhecido nem valorizado, (“Na minha opinião é um trabalho essencial, é uma missão no sentido de se gostar, ter disponibilidade; “(...) isso nota-se também no trabalho se faz”; “importante, de toda a importância”; “(...) faz muita diferença eu trabalhar com amor e dedicação”; “o nosso trabalho é importante, o problema é que poucas funcionárias para muitos utentes, não conseguimos fazer melhor, tentamos, todas nós”; “(...) é muito importante e a valorização que lhe é dado isso é, outros quinhentos, não é? mas é de facto muito importante e nesta população, eles são, nós somos mesmo a família deles, nós aqui temos uma população carenciada”; “eu pessoalmente acho (...) um trabalho muito, muito desgastante (...) passa tudo pelas mesmas pessoas (...) e a gente também gostava de ter algum tempo (...) e estar ali um bocadinho a falar e pintar as unhas e cortar as unhas. Mas de facto eles necessitam muito de nós, é um trabalho muito valioso e humano”; “(...) somos muito desvalorizados, muito mal pagos. (...) é muito exigido e muito mal pago”. “É muito difícil para a gente, o psicológico muito grande que nos afetam, que muitas vezes cobram de mais da gente pelo nosso horário, só que não vê o lado da gente, o psicológico também que é muito afetado nisso (...) se a gente não está bem emocionalmente como vai transmitir a eles, coitados também, uma coisa boa. (...) A gente queira ou não tem que estar bem emocionalmente”).

Na categoria “Influências interpessoais” estabeleceu-se a subcategoria “perceções sobre comportamentos dos outros” onde a ideia dominante se relaciona com a importância de conhecer a realidade deste tipo de contextos de prestação de cuidados (“é um trabalho que quem vem para cá tem de ter a ideia que vem fazer o que é preciso e não só por vir. Há quem nem aceite, nem receba, quer dizer, não dá nem recebe”; “(...) pessoas que nos chegam às vezes também já vem de outras instituições, assim a zero, a zero quando veem, também acontece e veem e pronto, pessoas que nunca trabalharam e às vezes também é ótimo que venham sem saber nada, para absorver e para serem uma mais-valia”; “(...) ainda há muitas que perdem muito tempo com outras coisas e que podiam fazer melhor”; “Quem trabalha com pessoas é uma confusão porque é todos os dias de maneira diferente, eles também não acordam sempre da mesma maneira, nem eles, nem nós”).

Na categoria “Influências situacionais”, a subcategoria “o contexto” salienta a sensação de impotência para responder a todas as necessidades [“(...) a gente quer fazer tudo e às vezes não temos mais braços, não temos mais pernas, não temos mais nada e aí às vezes há uma certa impotência dentro de nós, queremos fazer e às vezes não conseguimos”; “o nosso trabalho é importante, o problema é que poucas funcionárias para muitos utentes, não conseguimos fazer melhor, tentamos, todas nós que estamos aqui. Tentarmos fazer o que podemos e o que não podemos, às vezes mais a gente não consegue fazer, mas sim, fazemos de tudo um bocadinho para os nossos utentes”; “Procuramos o colega com quem nos identificamos ou com quem nos sentimos melhor e geralmente apoiamos uns aos outros”].

Na unidade de registo “Resultado comportamental”, a categoria “Compromisso com o plano de ação” revelou a importância e receptividade para a realização de formação, com uma demonstração de interesse e motivação para a aquisição de novos conhecimentos. Considerou-se este um dos elementos fundamentais para a adesão a um comportamento promotor de saúde (“a formação é sempre bem-vinda (...), se não vamos às formações não estamos atualizadas porque as coisas mudam. (...) mesmo que seja a falar, a gente aprende sempre mais qualquer coisa”; “(...) a formação é sempre essencial”; “Uma formação pode vir esclarecer dúvidas”; “e há coisas que mudam e nós não as praticando vai-se esquecendo”; “(...) no controlo de qualquer infeção, ou evitar até que ela surja. (...) é sempre um reavivar, corrigir, evitar erros que possam estar a ser feitos. os procedimentos de trabalho são sempre importantes”).

3.1.6 – Diagnósticos de enfermagem

A última etapa do diagnóstico de situação corresponde à identificação dos problemas que se pretende solucionar ou, pelo menos, minimizar (Tavares, 1990). De acordo com Pineault (2016, p. 27), “um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional da saúde ou pela” comunidade, podendo baseando-se na comparação entre normas objetivas e subjetivas.

O MPS enfatiza a importância de capacitar as pessoas a tomar controlo de sua própria saúde e fazer mudanças positivas nas suas vidas conseguindo, através de programas educacionais, intervenções e ambientes de apoio que encorajam e facilitam os comportamentos saudáveis. O modelo oferece uma visão integrada da saúde e da enfermagem destacando a importância do autocuidado, da colaboração com a comunidade e do papel da enfermagem na promoção da saúde (Pender et al, 2015). Na tabela n.º 1 encontram-se descritos os problemas de saúde identificados de acordo com as categorias preconizadas no modelo teórico de Nola Pender e com a respetiva correspondência à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2019, disponível no site da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

Tabela n.º 1 – Problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem

Problemas	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	Diagnósticos CIPE® 2019	Foco (F) / Juízo (J)/ Cliente (C) Códigos CIPE® 2019
Características individuais e experiências			
Falta de conhecimentos dos cuidadores formais sobre as PBCI.	Comportamento prévio: conhecimento das PBCI	Conhecimento dos cuidadores formais sobre as PBCI comprometido.	Conhecimento (10011042) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)
		Risco de infeção associado à falta de conhecimento dos cuidadores formais sobre as PBCI.	Risco de infeção (10015133) Risco (10015007) Grupo (10008544)
Défice de conhecimentos dos cuidadores formais sobre os protocolos e produtos de desinfeção.	Comportamento prévio: conhecimento protocolos	Conhecimento dos cuidadores formais sobre os protocolos e produtos de desinfeção baixo.	Conhecimento (10011042) Baixo (10011438) Grupo (10008544)
Parte do grupo de cuidadores formais com habilitações literárias baixas e de nacionalidade estrangeira.	Fatores pessoais: socioculturais	Barreira à comunicação com os cuidadores formais de nacionalidade estrangeira.	Barreira à comunicação (10013564) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)
Baixa participação e interação de elementos do grupo na dinâmica de grupo instituída.	Fatores pessoais: psicológicos	Atitude comprometida de alguns elementos do grupo de cuidadores formais perante a dinâmica de grupo.	Atitude comprometida (10012532) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)

Perceções e sentimentos específicos do comportamento			
Dificuldades para adoção do comportamento mais adequado na utilização de todos os EPI adequados perante as situações.	Perceção de barreiras para a ação	Processo Comprometido dos cuidadores formais para a adoção correta de todos os EPI.	Processo Comprometido (10012843) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)
Existência de barreiras à adesão na adaptação a alguns dos EPI.		Barreiras à adesão na adaptação dos cuidadores formais aos EPI	Barreiras à adesão (10024768) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)
Défice de julgamento na autoeficácia do grupo de cuidadores formais na adoção das medidas de prevenção e controlo de infeção (p.e: incorreto uso de luvas).	Perceção de autoeficácia	Papel de prevenção em risco pela ausência de adoção das medidas de prevenção e controlo de infeção.	Papel de prevenção (10015715) Risco (10015007) Grupo (10008544)
Défice de capacidade de reconhecer sinais e sintomas de infeções.		Conhecimento sobre a saúde dos cuidadores formais sobre sinais e sintomas de infeção baixo.	Conhecimento saúde (10008753) Baixo (10011438) Grupo (10008544)
Expressão de sentimentos de desvalorização social sobre o desempenho profissional dos cuidadores formais.	Sentimento relacionado à atividade	Emoções dolorosas relacionadas com a desvalorização social dos cuidadores formais comprometidas.	Emoção (10006765) Comprometido (10012938) Grupo (10008544)
Identificação de divergências nos requisitos e comportamentos preconizados para o grupo de cuidadores formais.	Influências interpessoais	Papel profissional em risco pelo eventual incumprimento dos deveres profissionais.	Papel profissional (10021150) Risco (10015007) Grupo (10008544)

3.2 – Definição de prioridades

A definição de prioridades permite a hierarquização dos problemas identificados considerando, pelo menos, a dimensão temporal e os recursos. É um processo subjetivo pelo que é fundamental estabelecer os critérios para que a tomada de decisão na hierarquização diminua essa subjetividade (Imperatori e Giraldes, 1993). A priorização pode referir-se à análise dos problemas de saúde ou das intervenções para a sua resolução, ou, ainda, dos recursos a serem alocados para as intervenções. A determinação das prioridades requer a avaliação sobre a importância do problema, a capacidade de intervir com eficácia e a capacidade de realização (Pineault, 2016). Esta é uma importante etapa pois nem sempre os recursos disponíveis possibilitam responder a todos os diagnósticos de enfermagem de uma comunidade (Melo, 2020). Não se trata de desvalorizar a totalidade de problemas identificados, mas sim, ajustá-los aos recursos disponíveis (Tavares, 1990). A consulta dos diferentes autores permitiu identificar diversas técnicas para determinação de prioridade, a escolha recaiu sobre a “Grelha de análise” devido aos critérios utilizados e facilidade na aplicação. A “Grelha de análise” permite determinar prioridades baseada em quatro critérios: “importância do problema”; “relação entre o

problema e os fatores de risco”; “capacidade técnica de resolver o problema”; e “exequibilidade do projeto ou da intervenção”. Para cada um dos critérios atribui-se, de forma sequencial, a classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema. Os valores finais podem variar entre 1 e 16, sendo o valor 1 o resultado de recomendação mais forte. O caráter objetivo desta técnica é apontado como principal vantagem, por outro lado, em termos de desvantagem sobressai o facto de o primeiro critério ser muito discriminatório acabando por condicionar a recomendação final (Tavares, 1990). Deve-se recorrer a peritos na área em estudo para assegurar o preenchimento da “grelha de análise”. De acordo com Benner (2001), a enfermeira perita é possuidora de vasta experiência permitindo focar-se nos problemas de forma intuitiva, sustenta as suas ações numa aprofundada e global compreensão dos problemas. Com base nesta definição, a priorização foi feita pela enfermeira orientadora, uma enfermeira especialista da USP com vasta experiência no desenvolvimento de projetos e na área da prevenção e controlo de infeção e por nós. No quadro n.º 2 apresentam-se os resultados da aplicação da técnica de “grelha de análise” para os dez problemas identificados durante a análise de conteúdo que resultou dos *focus group* realizados com as ADD da instituição.

Quadro n.º 1 – Aplicação da “grelha de análise” para priorização dos problemas

Problemas	A	B	C	D	Resultado
Falta de conhecimentos dos cuidadores formais sobre as PBCI.	+	+	+	+	1
Défice de julgamento na autoeficácia dos cuidadores formais para adoção das medidas de prevenção e controlo de infeção.	+	+	-	+	3
Défice de capacidade para reconhecer sinais e sintomas de infeções.	+	+	-	-	4
Dificuldades para adoção do comportamento mais adequado na utilização dos EPI.	+	+	+	+	1
Existência de barreiras à adesão na adaptação aos EPI.	+	+	-	+	3
Défice de conhecimentos dos cuidadores formais sobre os protocolos da instituição e os produtos de desinfeção em utilização.	+	+	+	+	1
Identificação de divergências nos requisitos e comportamentos preconizados para o grupo de cuidadores formais.	-	+	-	-	12
Baixa participação e interação de elementos do grupo na dinâmica de grupo instituída.	-	-	+	+	13
Parte do grupo de cuidadores formais com habilitações literárias baixas e de nacionalidade estrangeira.	+	+	-	-	4
Expressão de sentimentos de desvalorização social sobre o desempenho profissional dos cuidadores formais.	+	+	-	-	4

A - Importância do problema; **B** - Relação entre o problema e os fatores de risco; **C** - Capacidade técnica para resolver o problema; **D** - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

O resultado da aplicação da “grelha de análise” possibilitou a hierarquização dos problemas identificados e assim, priorizar os problemas para intervenção junto da população alvo.

Os problemas com resultado para recomendação de valor 1 são: Falta de conhecimentos dos cuidadores formais sobre as PBCI; Dificuldades para adoção do comportamento mais adequado na utilização dos EPI; Défice de conhecimentos dos cuidadores formais sobre os protocolos da instituição e os produtos de desinfeção em utilização. Considerando a interligação dos problemas identificados com o valor 3, considerou-se também relevante que fossem considerados para a execução do projeto de intervenção.

3.3 – Fixação de objetivos

Terminada a etapa de priorização dos problemas inicia-se a terceira etapa do planeamento em saúde, a fixação de objetivos. É uma etapa fundamental para garantir a adequada avaliação dos resultados obtidos. Os objetivos são um enunciado para o resultado desejável e tecnicamente exequível que contribui para a evolução de um problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos delineados devem ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990), interdependentes e sequenciais (Tavares, 1990). Assim, para mensurar os objetivos fixados devem ser definidos indicadores de execução e de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

A correta definição dos objetivos (geral e específicos) possibilita delimitar a trajetória das estratégias de intervenção possibilitando atingir o estado pretendido para o período temporal definido. Pode ainda considerar-se a definição de um objetivo mais genérico, designado por finalidade, a grande área temática do projeto de intervenção (Melo, 2020). A finalidade traçada para o projeto de intervenção comunitária é: Promover a capacitação para a prevenção e controlo de infeção.

Na tabela n.º 2 apresentam-se os objetivos delineados, seguindo-se a especificação dos indicadores e metas estabelecidos para cada um dos objetivos específicos apresentados nas tabelas n.º 3, n.º 4, n.º 5 e n.º 6.

Tabela n.º 2 – Objetivos: geral e específicos do projeto de intervenção comunitária

Objetivo geral	Objetivos específicos
Contribuir para a capacitação do grupo de Cuidadores formais da Associação Luiz Pereira Motta no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, entre 05 e 16 de dezembro de 2022.	Envolver os responsáveis da instituição no projeto.
	Promover o conhecimento dos cuidadores formais sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção.
	Fortalecer a importância da adoção de medidas adequadas sobre prevenção e controlo de infeção nos cuidadores formais.
	Envolver os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Pública para a continuidade do projeto.

Tabela n.º 3 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 1

Objetivo específico n.º 1 – Envolver os responsáveis da instituição no projeto.	
Indicador de execução	Meta
Taxa de envolvimento dos responsáveis da instituição no projeto: N.º reuniões realizadas / N.º reuniões programadas X 100	Que 100% das reuniões programadas na Instituição sejam realizadas.
Taxa de disponibilização de recursos (Sala de formação, computador, projetor, colunas, EPI): N.º de recursos disponibilizados / N.º de recursos solicitados X 100	Que 100% dos recursos materiais solicitados sejam disponibilizados pela instituição.

Tabela n.º 4 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 2

Objetivo específico n.º 2 – Promover o conhecimento dos cuidadores formais sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção.	
Indicador de execução	Meta
Taxa de abrangência do projeto: N.º de conteúdos (temas) abordados / N.º de conteúdos (temas) priorizados X 100	Que 100% dos conteúdos (temas) priorizados sejam abordados.
Indicador de resultado	Meta
Taxa de conhecimento dos cuidadores formais após as sessões de formação: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões do teste de conhecimentos / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no teste de conhecimentos.
Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema da higiene das mãos: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre Higiene das mãos / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema da higiene das mãos.
Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema do EPI: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre EPI / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema dos EPI.
Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema da limpeza e controlo ambiental: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre Limpeza e controlo ambiental / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema da limpeza e controlo ambiental.

Tabela n.º 5 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 3

Objetivo específico n.º 3 – Fortalecer a importância da adoção de medidas adequadas sobre prevenção e controlo de infeção nos cuidadores formais.	
Indicador de execução	Meta
Taxa de efetividade do projeto: N.º de sessões de formação realizadas / N.º sessão de formação planeadas X 100	Que 100% das sessões de formação planeadas sejam realizadas.
Taxa de adesão às sessões: N.º de cuidadores formais presentes nas sessões de formação / N.º de cuidadores formais inscritas para as sessões de formação X 100	Que 90% dos cuidadores formais inscritas na formação estejam presentes nas sessões de formação.
Taxa de abrangência das sessões: N.º de cuidadores formais presentes nas sessões de formação / N.º total de cuidadores formais da instituição X 100	Que 52% dos cuidadores formais da instituição frequentem as sessões de formação.
Indicador de resultado	Meta
Taxa de avaliação do desempenho do formador (domínio do tema, apresentação, participação, relacionamento): N.º de cuidadores formais que avaliam o desempenho ao nível do “Muito bom”/ N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação do desempenho X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação do desempenho do formador ao nível do “Muito bom”
Taxa de avaliação do desenvolvimento da formação (interesse, utilidade, duração e organização): N.º de cuidadores formais que avaliam o desenvolvimento da formação ao nível do “Muito bom”/ N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação do desenvolvimento da formação X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação do desenvolvimento da formação ao nível do “Muito bom”
Taxa de avaliação global da formação: N.º de cuidadores formais que consideram na avaliação global da formação ao nível do “Muito bom”/ N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação global da formação X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação global da formação ao nível do “Muito bom”

Tabela n.º 6 – Indicadores e metas estabelecidos para o objetivo específico n.º 4

Objetivo específico n.º 4 – Envolver os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Pública para a continuidade do projeto.	
Indicador de execução	Meta
Taxa de participação nas sessões de formação: N.º de enfermeiros da USP presentes nas sessões / N.º de enfermeiros da equipa da USP X 100	Que 50% dos enfermeiros da USP assistam às sessões de formação.
Taxa de participação na apresentação do projeto: N.º de profissionais da USP presentes na sessão de apresentação / N.º de profissionais da USP X 100	Que 50% da equipa multidisciplinar assistam à sessão de apresentação do projeto.
Taxa de pertinência do projeto no grupo dos lares: N.º de responsáveis do programa dos lares que validaram o projeto / N.º de responsáveis do programa dos lares X 100	Que 100% dos responsáveis do programa dos lares validem a pertinência do projeto.
Taxa de pertinência do projeto no grupo PPCIRA: N.º de responsáveis do programa PPCIRA que validaram o projeto / N.º de responsáveis do programa PPCIRA X 100	Que 100% dos responsáveis do programa PPCIRA validem a pertinência do projeto.

3.4 – Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é uma etapa basilar do processo de planeamento em saúde para assegurar o sucesso de um projeto de intervenção comunitário (Melo, 2020). Procura conceber de forma criativa e inovadora o processo mais adequado para assegurar o

cumprimento dos objetivos traçados e contribuir para a redução dos problemas de saúde priorizados (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Em termos conceituais, a estratégia de saúde pode-se definir como o conjunto de técnicas específicas, coerentes e organizadas com o intuito de alcançar um determinado objetivo (Imperatori & Giraldes, 1993). Para proceder à escolha das estratégias dever-se-á considerar aspetos, tais como, os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e desvantagens de cada estratégia (Tavares, 1990).

O MPS de Nola Pender considera que a probabilidade dos comportamentos de promoção da saúde se manterem ao longo do tempo se relacionam com o compromisso assumido com o plano de ação delineado. O conceito de intenção e identificação de uma estratégia planeada conduz à implementação de um comportamento de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Durante a realização da recolha de dados com a população-alvo de intervenção foi evidente a valorização atribuída à formação reforçando a sua importância para o contexto onde desenvolvem a sua atividade profissional pelo que a seleção das estratégias para atingir os objetivos delineados focou-se na realização de sessões de formação e assim contribuir para a capacitação do grupo. Enquanto processo, a capacitação permite ampliar a capacidade de uma pessoa para tomar decisões e realizar ações saudáveis, é um componente importante na promoção da saúde, pois permite que as pessoas sejam mais independentes e tomem decisões informadas sobre a sua saúde. A capacitação envolve o desenvolvimento de competências, habilidades, conhecimentos e recursos que permitem que uma pessoa participe ativamente em sua própria saúde e pode ser promovida através de uma série de meios, incluindo a educação, formação, treino e o acesso à informação (Pender et al, 2015).

“A educação e a formação são alicerces essenciais para o futuro das pessoas (...), pelo que a qualificação dos profissionais constitui um meio imprescindível para a valorização das instituições (Pineault, 2016:11). As melhores estratégias para estabelecer e ampliar as capacidades das organizações comunitárias, são as estratégias que promovem o envolvimento e desenvolvimento de articulações, que revelam a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência promovem a sustentabilidade do projeto (Laverack, 2008).

Além destes aspetos salienta-se também a importância e o contributo que o envolvimento com a comunidade e parceiros têm para o sucesso do projeto de intervenção. As parcerias são fundamentais para a implementação bem-sucedida de projetos, para garantir que as intervenções de promoção da saúde sejam relevantes, efetivas e sustentáveis. Nola Pender enfatiza a importância de estabelecer parcerias entre profissionais de saúde, comunidades, organizações locais e outras entidades relevantes para a promoção da saúde. A colaboração e a comunicação eficazes são cruciais para o sucesso das parcerias na promoção da saúde (Pender et al, 2015).

Assim, a outra estratégia estipulada para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi a estratégia de articulação. Promovendo o envolvimento dos cuidadores formais através da realização de *focus group* com identificação das suas necessidades e como gostariam de participar do projeto permitindo o desenvolvimento de material de formação com base nas necessidades identificadas da comunidade de cuidadores formais e nas diretrizes relevantes para prevenção e controlo de infeções. Foram estabelecidas articulações com 3 entidades: com a instituição para a disponibilização de espaço físico e recursos para a formação; com o gabinete de inovação do ACEs para solicitar apoio logístico; e com uma instituição de saúde para empréstimo de materiais e equipamentos para reforçar as estratégias práticas a utilizar nas sessões de formação.

3.5 – Elaboração de programas e projetos

Uma vez que a opção metodológica utilizada na elaboração do projeto de intervenção segue as orientações estabelecidas por Imperatori & Giraldes (1993) entendeu-se manter a designação original deste subcapítulo, no entanto, o foco é dirigido à componente de projetos. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993:129) um “projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”. Tal como exposto o projeto de intervenção comunitária desenvolveu-se no período temporal definido para a realização do estágio final (05 de setembro a 16 de dezembro de 2022), com o objetivo de contribuir para a capacitação do grupo de Ajudantes de Ação Direta da Associação Luiz Pereira Motta no âmbito da prevenção e controlo de infeção contribuindo para os dois programas (Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos e no Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos) que fundamentaram a realização do projeto intitulado:

“3P’s: Precauções básicas, Prevenção da infeção, Promoção da segurança”

As PBCI constituídas por 10 componentes são um conjunto de boas práticas com o objetivo de prevenir a transmissão das infeções. Destinam-se a garantir a segurança de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer a situação de saúde-doença (DGS, 2018).

Foi elaborado o logotipo do projeto, apresentado na figura abaixo.

Figura n.º 6 – Logotipo do projeto de intervenção comunitária



Atendendo aos quatro níveis de prevenção (Primordial, Primária, Secundária e Terciária) salienta-se que “A prevenção primária consiste em limitar a incidência de doença controlando as causas e os fatores de risco” (Beaglehole et al, 2003:96). A divulgação da informação, a realização de sessões formativas são exemplos que podem contribuir para a alteração dos comportamentos de risco promovendo a adoção das medidas adequadas para promoção da saúde e prevenção da transmissão de doenças, (Beaglehole et al, 2003). Este projeto de intervenção comunitária insere-se no âmbito da prevenção primária.

Os cuidadores formais desempenham um papel importante na prevenção e controlo de infeção nas instituições para pessoas idosas, pois são responsáveis pela implementação de práticas de higiene, manuseio de equipamentos, além de ajudar a identificar sinais de infeção e garantir que as pessoas idosas recebem o tratamento adequado à sua situação de saúde. A sua formação e capacitação em prevenção e controlo de infeções é importante para aprimorar as práticas de cuidado e evitar a propagação de infeções, aumentando a conscientização para a área e promoção da adesão às boas práticas de higiene.

Uma das componentes inerentes à elaboração de programas e projetos é a identificação dos recursos necessários, humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993). Em termos de recursos humanos incluímo-nos nós, a orientadora clínica e a orientadora pedagógica. Os recursos materiais englobam todos os materiais necessários para o

desenvolvimento da estratégia proposta, as sessões de formação (recursos identificados nos planos de sessão) e que parcialmente, foram assegurados através das articulações desenvolvidas conforme apresentado no subcapítulo da seleção de estratégias. Acrescem os custos relacionados com as deslocações realizadas à instituição. Em termos financeiros, sendo um projeto de intervenção realizados no âmbito académico, não possui nenhum tipo de financiamento.

3.6 – Preparação e execução

Esta é a etapa com maior ligação entre as fases anteriores e as fases seguintes, refletindo claramente o processo contínuo que distingue o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). É onde ocorre a especificação detalhada das atividades, incluindo a identificação das responsabilidades, a duração prevista, os recursos necessários e a elaboração de cronogramas detalhando a execução do projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nos quadros n.º 2 e 3 são apresentadas as atividades desenvolvidas distribuídas pelas estratégias definidas com identificação dos intervenientes (sendo nossa a responsabilidade de execução das atividades sob a supervisão da orientadora clínica) e o período temporal utilizado para a sua execução. As atividades apresentadas contribuíram para materialização dos objetivos delineados. No apêndice X apresenta-se o cronograma para a execução do projeto de intervenção.

Quadro n.º 2 – Atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia: sessões de formação

Estratégia: Sessões de formação		
Atividade	Intervenientes	Data
Elaboração o logotipo do projeto	Mestranda	16 a 18-11-22
Identificação da população alvo de intervenção através de uma reunião com os responsáveis da instituição	Mestranda, orientadora clínica e responsáveis da ALPM	06 e 13-10-22
Identificação dos conteúdos temáticos para abordar nas sessões de formação através da recolha de dados pela técnica de <i>focus group</i>	Mestranda Orientadora clínica Cuidadores formais	18 e 20-10-22
Identificação dos recursos necessários para a formação	Mestranda	14 a 18-11-22
Elaboração das sessões de formação (Apêndice XI) com recurso ao <i>Microsoft PowerPoint®</i>	Mestranda	07 a 28-11-22
Selecionar vídeos formativos adequados à formação	Mestranda Orientadora clínica	06 a 20-11-22

Elaboração dos planos de sessão (Apêndice XII)	Mestranda	21 a 25-11-22
Elaboração do material didático de apoio à formação: Marcadores (Apêndice XIII); sopa de letras; palavras cruzadas ³	Mestranda	04 a 20-11-22
Preparação das dinâmicas práticas para desenvolver com os cuidadores formais	Mestranda	10 a 25-11-22
Elaboração do teste de avaliação de conhecimentos (Apêndice XIV)	Mestranda Orientadora clínica	23 a 25-11-22
Elaboração do certificado de frequência (Apêndice XV)	Mestranda Orientadora clínica	23 a 25-11-22
Elaboração do instrumento de avaliação de qualidade da formação (Apêndice XVI)	Mestranda	23 a 25-11-22
Compilação de uma pasta, com o material didático desenvolvido para disponibilizar aos cuidadores formais	Mestranda	28-11-22
Execução das sessões de formação (total de quatro)	Mestranda	29 e 30-11-22 06 e 07-12-22
Captação de imagens em vídeo das componentes práticas desenvolvidas nas sessões de formação	Orientadora clínica	29 e 30-11-22 06 e 07-12-22
Elaboração de um vídeo ilustrativo das componentes práticas desenvolvidas ao longo das sessões de formação ⁴	Mestranda	07 a 11-12-22
Elaboração de duas telas alusiva à importância da higiene das mãos com os cuidadores formais para oferta à instituição e à USP	Mestranda Orientadora clínica Cuidadores formais	30-11-22 e 07-12-22

Quadro n.º 3 – Atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia: articulação com entidades

Estratégia: Articulação com entidades		
Atividade	Intervenientes	Data
Realização de reuniões com os responsáveis da instituição alvo de intervenção	Mestranda, orientadora clínica e responsáveis da ALPM	06 e 13-10-22
Solicitação para a disponibilização de recursos materiais para utilizar nas sessões de formação (material informático: computador, projetor, colunas e Equipamento de proteção individual: luvas, aventais, batas, proteção facial)	Mestranda Responsáveis da ALPM	22-11-22
Solicitação para a disponibilização do espaço físico e a reserva da sala de formação na instituição	Mestranda Responsáveis da ALPM	16-10-22
Agendar a marcação das sessões de formação	Mestranda Responsáveis da ALPM	07 a 11-11-22
Articulação com uma instituição de saúde para o empréstimo de recursos de apoio para a componente prática utilizados nas sessões de formação (Equipamento de Luz ultravioleta para	Mestranda	07 a 25-11-22

³ Atividade das palavras cruzadas disponível online no link: http://www.educolorir.com/crosswords/prevencao_e_controle_infecao-20969c53ebc967a87167deea78ef855f

⁴ O vídeo realizado por ser consultado através do link: <https://clipchamp.com/watch/uiM7mPRFOgN>

visualização da técnica de higienização das mãos, Solução antisséptica de base alcoólica com corante, equipamento de Bioluminescência: Adenosine Tri-Phosphato; marcadores “invisíveis”, foco de luz ultravioleta)	Responsável pelo PPCIRA de uma instituição de saúde	
Solicitação de apoio, através do gabinete de inovação do ACeS Loures – Odívelas, para a impressão de material a cores plastificado (Marcadores) para fornecer aos cuidadores formais nas sessões de formação (Apêndice XVII)	Mestranda Orientadora clínica Responsável do Gabinete	11-10-22
Divulgação das sessões de formação junto da equipa de enfermagem da USP para estarem presentes nas sessões de formação	Mestranda Orientadora clínica Enfermeiras da USP	20-11-22
Apresentação à equipa da USP o projeto de intervenção (Apêndice XVIII)	Mestranda Orientadora clínica Equipa da USP	15-12-22
Elaboração de um e-book intitulado “Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Manual de apoio” ⁵ abordando os conteúdos desenvolvidos nas sessões de formação (Apêndice XIX)	Mestranda Orientadora clínica	08 a 23-12-22

Nos quadros apresentados foram identificadas as várias atividades desenvolvidas ao longo da execução do projeto de intervenção comunitária. Importa salientar que as sessões de formação foram planeadas e executadas para um período temporal de 6 horas divididas em dois dias. Este tempo de formação permitiu abordar todos os conteúdos formativos planeados.

3.7 – Avaliação do projeto

A avaliação pretende determinar objetivamente e de forma global a eficácia das medidas adotadas para responder às necessidades de saúde identificadas e priorizadas (DGS, 2017). Esta é a última etapa do processo de planeamento em saúde e consiste na comparação dos elementos em análise com um padrão. Com a avaliação, pretende-se contribuir para instituir melhorias nos programas e reorganizar a alocação dos recursos, mas a sua função primordial é a determinação do sucesso atingido nos objetivos traçados e assim, permitir uma correta escolha nas próximas estratégias ou na reformulação de objetivos (Imperator & Giralde, 1993). No planeamento em saúde a avaliação recorre à utilização dos indicadores para conhecer a realidade e medir os avanços alcançados. A maior parte dos indicadores serão relações (taxas ou ratios) (Imperator & Giralde, 1993). Para proceder à avaliação do projeto de intervenção comunitária foram utilizados indicadores, um teste de avaliação de conhecimentos e um inquérito de satisfação. Os

⁵ O e-book pode ser consultado através do link:

https://www.canva.com/design/DAFT1CK8bP4/vA7Ttf47qyGHmRNDGyDmdw/view?utm_content=DAFT1CK8bP4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink

indicadores de execução e resultado foram estabelecidos durante a etapa de fixação de objetivos e pretendem responder ao nível de atingimento dos objetivos delineados. O teste de avaliação de conhecimento e o inquérito de satisfação da formação foram aplicados no final das sessões de formação. No quadro n.º 4 são apresentados os resultados obtidos considerando os indicadores e metas estabelecidos. Observa-se que globalmente os objetivos foram atingidos e em alguns casos as metas foram mesmo superadas, no entanto, existiram duas metas que não foram atingidas (Meta: “Que 52% dos cuidadores formais da instituição frequentem as sessões de formação” e “Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação do desenvolvimento da formação ao nível do “Muito bom”). Em relação à frequência das sessões de formação, nas reuniões iniciais com os responsáveis da instituição entendeu-se que as sessões de formação comportariam um total de quarenta cuidadores. No entanto, no período em que decorreram as sessões a instituição foi confrontada com ausências por motivo de doença, rescisões de contratos e licenças de férias, pelo que o número total de cuidadores presentes nas sessões foram vinte e um. Os gráficos n.º 9, 10 e 11 ilustram os resultados da avaliação de satisfação em relação à formação e o gráfico n.º 12 reporta-se ao resultado global do teste de avaliação de conhecimentos.

Quadro n.º 4 – Resultados dos indicadores de acordo com os objetivos específicos

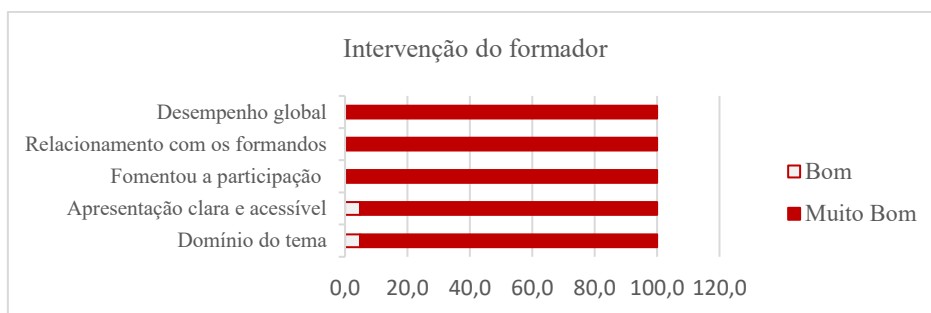
Objetivos Específicos	Indicadores	Metas	Cálculo	Avaliação
1. Envolver os responsáveis da Instituição no projeto.	Taxa de envolvimento dos responsáveis da instituição no projeto: N.º reuniões realizadas / N.º reuniões programadas X 100	Que 100% das reuniões programadas na Instituição sejam realizadas.	100,0%	✓
	Taxa de disponibilização de recursos (Sala de formação, computador, projetor, colunas, EPI): N.º de recursos disponibilizados / N.º de recursos solicitados X 100	Que 100% dos recursos materiais solicitados sejam disponibilizados pela instituição.	100,0%	✓
2. Promover o conhecimento dos Cuidadores formais sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infecção.	Taxa de abrangência do projeto: N.º de conteúdos (temas) abordados / N.º de conteúdos (temas) priorizados X 100	Que 100% dos conteúdos (temas) priorizados sejam abordados.	100,0%	✓
	Taxa de conhecimento dos cuidadores formais após as sessões de formação: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões do teste de conhecimentos / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no teste de conhecimentos.	85,7%	✓
	Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema da higiene das mãos: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre Higiene das mãos / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema da higiene das mãos.	91,4%	✓

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controle de infecção: projeto de intervenção comunitária

	Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema do EPI: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre EPI / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema dos EPI.	92,4%	✓
	Taxa de conhecimento dos cuidadores formais no tema da limpeza e controlo ambiental: N.º de cuidadores formais que responderam corretamente às questões sobre Limpeza e controlo ambiental / N.º de cuidadores formais que responderam ao teste de conhecimentos	Que 80% dos cuidadores formais tenham aproveitamento superior a 16 valores no tema da limpeza e controlo ambiental.	91,4%	✓
3. Fortalecer a importância da adoção de medidas adequadas sobre prevenção e controlo de infecção nos cuidadores formais.	Taxa de efetividade do projeto: N.º de sessões de formação realizadas / N.º sessão de formação planeadas X 100	Que 100% das sessões de formação planeadas sejam realizadas.	100,0%	✓
	Taxa de adesão às sessões: N.º de cuidadores formais presentes nas sessões de formação / N.º de CUIDADOR FORMAL inscritas para as sessões de formação X 100	Que 90% dos cuidadores formais inscritas na formação estejam presentes nas sessões de formação.	91,3%	✓
	Taxa de abrangência das sessões: N.º de cuidadores formais presentes nas sessões de formação / N.º total de cuidadores formais da instituição X 100	Que 52% dos cuidadores formais da instituição frequentem as sessões de formação.	30,9%	X
	Taxa de avaliação do desempenho do formador (domínio do tema, apresentação, participação, relacionamento): N.º de cuidadores formais que avaliam o desempenho ao nível do “Muito bom” / N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação do desempenho X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação do desempenho do formador ao nível do “Muito bom”	98,1%	✓
	Taxa de avaliação do desenvolvimento da formação (interesse, utilidade, duração e organização): N.º de cuidadores formais que avaliam o desenvolvimento da formação ao nível do “Muito bom” / N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação do desenvolvimento da formação X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação do desenvolvimento da formação ao nível do “Muito bom”	73,8%	X
	Taxa de avaliação global da formação: N.º de cuidadores formais que consideram na avaliação global da formação ao nível do “Muito bom” / N.º de cuidadores formais que realizaram a avaliação global da formação X 100	Que 80% dos cuidadores formais considerem a avaliação global da formação ao nível do “Muito bom”	90,5%	✓
4. Envolver os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Pública para a continuidade do projeto.	Taxa de participação nas sessões de formação: N.º de enfermeiros da USP presentes nas sessões / N.º de enfermeiros da equipa da USP X 100	Que 50% dos enfermeiros da USP assistam às sessões de formação.	62,5%	✓
	Taxa de participação na apresentação do projeto: N.º de profissionais da USP presentes na sessão de apresentação / N.º de profissionais da USP X 100	Que 50% da equipa multidisciplinar assistam à sessão de apresentação do projeto.	60%	✓
	Taxa de pertinência do projeto no grupo dos lares: N.º de responsáveis do programa dos lares que validaram o projeto / N.º de responsáveis do programa dos lares X 100	Que 100% dos responsáveis do programa dos lares validem a pertinência do projeto.	100,0%	✓

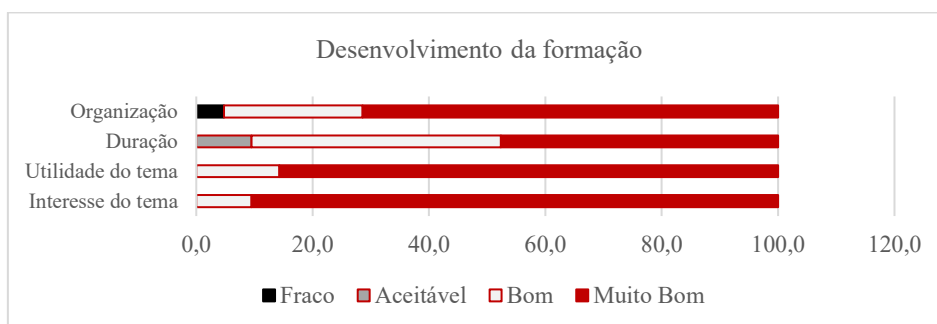
Taxa de pertinência do projeto no grupo PPCIRA: N.º de responsáveis do programa PPCIRA que validaram o projeto / N.º de responsáveis do programa PPCIRA X 100	Que 100% dos responsáveis do programa PPCIRA validem a pertinência do projeto.	100,0%	✓
---	--	---------------	---

Gráfico n.º 9 – Resultados da avaliação da formação: intervenção do formador



Nos itens de avaliação sobre o relacionamento, estímulo à participação e apreciação global 100% dos cuidadores consideraram que a formação foi ao nível do “Muito Bom”, em termos de domínio do tema e apresentação dos conteúdos, 95% dos cuidadores atribuíram o valor de “Muito Bom” e 5% o valor de “Bom”.

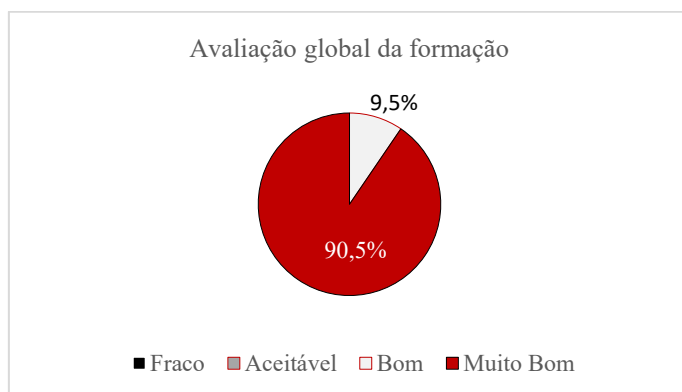
Gráfico n.º 10 – Resultados da avaliação da formação: desenvolvimento da formação



Na avaliação sobre o desenvolvimento da formação foram apreciados quatro itens. No item de interesse do tema, 90% dos cuidadores consideraram ao nível de “Muito Bom” e em relação à utilidade do tema, 86% atribuíram o nível de “Muito Bom”. O item da organização revelou os piores resultados, 5% dos cuidadores com opinião ao nível de “Fraco” e no caso da duração da formação, 9% foi da opinião que a duração foi “Aceitável”. O instrumento de avaliação da formação tinha um espaço dedicado à identificação dos pontos fortes, pontos fracos e sugestões. Salienta-se que nos pontos fracos existiram nove comentários, todos eles referido que a formação deveria ter mais horas. Por outro lado, nos pontos fortes referiram que a formação foi de grande interesse,

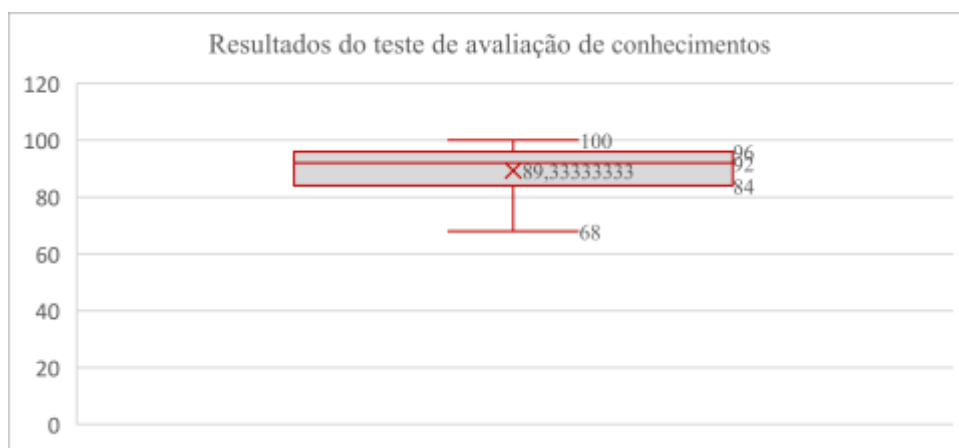
as dinâmicas foram muito importantes que a formação contribuiu para a capacitação do grupo. As sugestões referem a importância de realização de mais formação.

Gráfico n.º 11 – Resultados da avaliação global da formação



O teste de avaliação de conhecimentos compreendia um total de 25 questões de verdadeiro ou falso, divididas por seis temas, IACS, PBCI, higiene das mãos, EPI, Precauções baseadas na via de transmissão e controlo ambiental. Os resultados do teste de avaliação de conhecimentos revelaram uma média 89% de respostas corretas, e uma mediana nos 92%. Os temas com mais respostas incorretas foram no grupo das IACS e das Precauções baseadas na via de transmissão.

Gráfico n.º 12 – Resultados do teste de avaliação de conhecimentos



Em termos de apreciação final do projeto de intervenção comunitária “3P’s: Precauções básicas, Prevenção da infeção, Promoção da segurança” considera-se que existiu um significativo contributo para a capacitação do grupo de cuidadores formais no âmbito da prevenção e controlo de infeção que prestam cuidados às pessoas idosas residentes na instituição, atingindo-se assim, a proposta de objetivo geral.

3.9 – Contributos para a prática clínica

O conhecimento constrói-se a partir dos fundamentos teóricos das áreas científicas e a realização deste projeto de intervenção comunitária confirma a pertinência da utilização da metodologia do planeamento em saúde aliada ao referencial teórico de enfermagem, o MPS de Nola Pender. Esta foi uma aliança, aplicada a uma comunidade de cuidadores formais, que utilizou uma estratégia de formação na área de prevenção e controlo de infeções através da identificação das necessidades de saúde, concretizada através de uma vasta pesquisa bibliográfica e através da utilização dos instrumentos de recolha de dados, particularmente, os *focus group* que possibilitaram a identificação das necessidades sentidas e dando voz às preocupações dos cuidadores. Assim, houve um significativo contributo para o envolvimento desta comunidade na implementação do projeto de intervenção, com uma estratégia baseada na realização de sessões de formação e na articulação com entidades criando condições para uma formação mais interativa, relevante e eficaz. O desenvolvimento do material utilizado nas sessões de formação baseou-se nas diretrizes nacionais, no âmbito da prevenção e controlo de infeção de acordo, com as necessidades identificadas e em simbiose com as prioridades estabelecidas. As sessões de formação também se caracterizaram pelo dinamismo e partilha de experiências, reforçando os conteúdos teóricos com a projeção de vídeos educativos, de sensibilização e ainda, com as atividades práticas e interativas que reforçaram claramente as aprendizagens. Como qualquer processo formativo, este também, contemplou a realização da avaliação da efetividade da formação, através do teste de conhecimentos e da avaliação da satisfação relativamente às sessões de formação. A realização da avaliação confirmou a garantia de se ter atendido às necessidades dos cuidadores contribuindo para a sua satisfação, motivação e o aumento dos conhecimentos, elementos relevantes para o desempenho das funções atribuídas e que certamente levarão a alterações nos comportamentos individuais e do grupo. A capacitação enquanto processo de ampliar a capacidade de cada pessoa para tomar decisões no sentido dos comportamentos promotores de saúde terá um papel relevante na qualidade dos cuidados prestados, aumentando a segurança das pessoas idosas e consequentemente aumentando a sua qualidade de vida. Neste contexto salienta-se ainda, o contributo dado através da elaboração do e-book (Apêndice XIX) editado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa sob o ISBN 978-989-35068-1-3. O e-book com o título “Precauções básicas de controlo de infeção, manual de apoio” aborda os 10 componentes

que constituem as PBCI, com especial enfoque nas medidas como a higiene das mãos, a adequada utilização dos EPI e o controlo ambiental, e que de acordo com a estratégia multimodal das PBCI são consideradas áreas prioritárias. Com a elaboração do manual pretendeu-se construir um documento de apoio, dirigido aos cuidadores formais que prestam cuidados a pessoas idosas em contexto de ERPI. No entanto, pela abrangência dos temas e pertinência da adoção das PBCI por todos os profissionais, pode ser consultado por todos profissionais de saúde, nomeadamente, no contexto dos cuidados de saúde primários. Numa perspetiva de continuidade do projeto salienta-se a manifestação de interesse da equipa da USP pelo projeto, confirmada no momento de apresentação do projeto à equipa e pela presença dos enfermeiros da equipa nas sessões de formação. A disponibilização dos slides e do e-book também proporcionaram a replicação do projeto noutras ERPI. Outra das medidas para a continuidade do projeto consistiu na integração dos conteúdos ministrados na formação no plano de atividades da USP para o ano de 2023.

4 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as aptidões desenvolvidas ao longo do estágio final e que constituem parte integrante do processo de obtenção e certificação das competências do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem, alicerçado nos documentos estruturantes das competências do enfermeiro especialista, os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e enumerando as competências desenvolvidas, gerais e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. A certificação, das competências clínicas especializadas atestam que, o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades identificando as necessidades de saúde do grupo-alvo e mobilizando os recursos para atuar em todos os contextos e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento 122/2011).

O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista define as competências comuns, como aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...), demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Em relação às competências específicas, estabelece “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo de todo o percurso formativo manteve-se uma postura de total responsabilidade, transparência e honestidade no cumprimento dos deveres éticos e legais da disciplina. Enumeram-se os pedidos de autorização, os consentimentos informados e esclarecidos, o acesso condicionado aos dados pessoais da população alvo. A qualidade é o nível de perfeição de um processo que se constrói com o contributo de todos os intervenientes. Com sentido crítico construtivo procurou-se contribuir com conhecimentos, alicerçados na adequada fundamentação científica, para propostas de melhoria à equipa gestora do

PPCIRA colaborando na avaliação das práticas clínicas das unidades funcionais através do processo de auditoria à implementação das PBCI e através de contributos para o desenvolvimento do plano de formação da evidência. A gestão dos cuidados pressupõe a otimização das respostas das equipas através de uma liderança e gestão de recursos promotora da qualidade, o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, nomeadamente, através da articulação realizada entre os intervenientes revelou capacidade de liderança e adequada gestão dos recursos disponíveis. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocorreu ao longo de todo o percurso em particular no âmbito pedagógico com a implementação do projeto, através da realização das sessões de formação fomentando a aprendizagem, mobilizando conhecimentos sustentados na evidência científica e adquirindo novas aptidões em termos comunicacionais e tecnológicos.

No Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, são discriminadas as quatro competências específicas, que pela sua relevância se transcrevem: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º 428/2018).

Assim reforça-se alguns dos elementos que atestam o desenvolvimento das referidas competências. A orientação metodológica seguida para o desenvolvimento do projeto de intervenção sustentou-se nos autores de referência em planeamento em saúde, desde a elaboração do diagnóstico de situação, passando pela definição das prioridades, estabelecimento de objetivos, indicadores e metas, selecionando as estratégias, preparando e executando todo o projeto e culminando com a respetiva avaliação. Passos preponderantes para o cimentar dos conhecimentos e aquisição real de competências. Considera-se que, tal como definido no objetivo geral do projeto de intervenção, houve um claro contributo para a capacitação do grupo de cuidadores formais no âmbito da prevenção e controlo de infeção promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas. A participação em várias reuniões multidisciplinares com as equipas gestoras dos programas em vigor na USP, o

acompanhamento das equipas durante a realização dos processos de vistoria e a participação na elaboração dos relatórios finais demonstram a integração nas atividades em curso no âmbito dos programas existentes e que contribuem necessariamente, para os objetivos do Plano Nacional de Saúde. Os conteúdos formativos abordados durante as sessões alicerçaram-se nas orientações e normas emanadas pelas instituições de referência, no âmbito da prevenção e controlo de infeção contribuindo para um dos pilares fundamentais, da implementação de programas de controlo de infeção, a formação e treino dos profissionais.

A última competência estabelecida para o enfermeiro especialista relaciona-se com a vigilância epidemiológica. Área de importância vital para a saúde pública, com um contributo decisivo para o conhecimento do estado de saúde de uma comunidade. Ao longo do estágio foi possível acompanhar a orientadora clínica, compreendendo o processo inerente à identificação e acompanhamento dos processos de vigilância epidemiológica, a realização de inquéritos epidemiológicos, a realização de visitas domiciliárias, a articulação com diferentes entidades de saúde para garantir a qualidade e continuidade dos fenómenos saúde-doença ocorridos na área geodemográfica da esfera de responsabilidade.

Para além das competências identificadas, a atribuição do grau de mestre, conforme estipulado no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, é concedida aos que demonstrem atributos, entre os quais se destacam, os conhecimentos aprofundados, a capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, a capacidade de comunicação clara dos conhecimentos, raciocínios e respetivas conclusões.

Neste domínio salientam-se, para além das atividades inerentes ao projeto de intervenção, a elaboração da *scoping review* integrada neste relatório e subordinada ao tema, “A importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: *scoping review*” (Apêndice XX). Durante este percurso académico, no âmbito do V Seminário de Enfermagem: Enfermagem especializada “Um olhar para a humanidade”, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizado em 25 de novembro de 2022. Integrámos a comissão organizadora do evento (Anexo III), moderámos a mesa “Enfermagem especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública” (Anexo IV) e elaborámos, em coautoria um póster com o título “Intervenções de enfermagem promotoras da segurança do doente em cuidados de saúde primários: *scoping review*” (Anexo V).

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

De referir ainda, que integrado no IV Encontro Internacional de Enfermagem Militar – Enfermagem militar em situações de catástrofe humanitária, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermagem Militar, realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2022 na Academia Militar, realizámos uma comunicação oral subordinada ao tema: “A enfermagem da Força Aérea no apoio aos mais vulneráveis: Vacinação aos migrantes no Centro de Vacinação da Cidade Universitária” (Anexo VI).

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório completa um ciclo, no processo de aprendizagem, no desenvolvimento do conhecimento e na aquisição de competências alcançadas durante a jornada deste percurso académico, autenticando a atribuição do grau de mestre em Enfermagem e de especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Uma jornada repleta de consciência sobre a importância de voltar à academia, com uma escolha pessoal numa área do saber de enorme relevância e contributo para a promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade.

A utilização da metodologia do planeamento em saúde assume particular relevância para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e para sustentar os alicerces das intervenções promotoras da capacitação de grupos e comunidades. A possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre esta metodologia, mas principalmente, a sua aplicação na realidade confirma a sua enorme mais-valia. Cada uma das etapas do planeamento em saúde acrescentou conhecimento, qualidades e consolidação de aptidões pessoais e profissionais.

A implementação de projetos de intervenção comunitária é uma importante estratégia para promover a saúde e prevenir doenças na comunidade. No contexto da prevenção e controlo de infeções é, pertinente adotar um modelo de enfermagem de promoção da saúde, como o desenvolvido por Nola Pender, que enfatiza a importância da educação em saúde, do empoderamento das pessoas e da adoção de comportamentos saudáveis. Nesse sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental na implementação desses projetos, tanto no que diz respeito à sua conceção, como na sua execução e avaliação. Além disso, a formação dos enfermeiros é crucial para o sucesso dessas intervenções, uma vez que são necessários conhecimentos sólidos e atualizados sobre as melhores práticas em saúde pública, sobre as necessidades específicas da comunidade e sobre as estratégias mais eficazes para promover a mudança de comportamentos. É importante que os enfermeiros sejam capacitados e incentivados a atuar como líderes e agentes de mudança nas comunidades em que atuam, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Com essa abordagem, é possível fortalecer as comunidades e melhorar a qualidade de vida das pessoas que as compõem. A pandemia por COVID-19 veio reforçar

a importância da área da prevenção e controlo de infeção em todos os contextos da sociedade e da prestação de cuidados de saúde, no entanto, ao nível dos cuidados de saúde primários, dos cuidados continuados ou nas respostas sociais como é o caso das ERPI's, é-lhe ainda atribuída uma menor relevância comparando com o contexto hospitalar. Porventura, este será um elemento que reforça a pertinência da abordagem realizada.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção apresentado neste relatório designado por: “3P’s: Precauções básicas, Prevenção da infeção, Promoção da segurança” foi estabelecido como objetivo geral, “contribuir para a capacitação do grupo de cuidadores formais da Associação Luiz Pereira Motta no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, entre 05 e 16 de dezembro de 2022”. A capacitação possibilita uma melhor tomada de decisão, é uma ferramenta importante para a escolha de comportamentos promotores de saúde e preventivos do risco de doença possibilitando o aumento da qualidade e da segurança de todos. Atendendo aos elementos utilizados para a avaliação do projeto, considera-se que o objetivo foi alcançado indo ao encontro das necessidades identificadas e priorizadas. Para além do cumprimento dos objetivos, foram dados importantes contributos no sentido da replicação do projeto, salientando-se a elaboração do e-book intitulado “Precauções básicas de controlo de infeção, manual de apoio”, onde são abordados os 10 componentes que constituem as PBCI e que representam a adoção de boas práticas clínicas. O manual concebido inicialmente, para os cuidadores formais que prestam cuidados a pessoas idosas em contexto de ERPI, detém um nível de abrangência de temas que poderá ser consultado e utilizado por todos profissionais de saúde, nomeadamente, no contexto dos cuidados de saúde primários.

Nenhum percurso é isento de dificuldades, limitações e constrangimentos. Neste caso, as dificuldades relacionaram-se essencialmente, com a necessidade de uma apertada gestão pessoal e profissional de forma a garantir o cumprimento temporal de todas as solicitações durante o estágio. Nas limitações e constrangimentos, destaca-se o momento de realização do estágio, atendendo ao período do ano civil e que dificulta a articulação com as instituições alvo de intervenção, um dos exemplos ocorreu em relação à marcação das sessões de formação contribuindo negativamente para o número final de cuidadores formais presentes nas sessões. As últimas palavras são para partilhar a reflexão pessoal do inestimável contributo deste percurso. Uma jornada árdua, mas extremamente gratificante do ponto de vista pessoal e profissional.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. (2ª Ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Retirado de <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>.
- Alves, M. et al. (2015). *Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em Enfermagem*. Coimbra. ISBN: 978-989-20-5798-9.
- Anderson, E. & Durstine, J. (2019). Physical activity, exercise and chronic diseases: a brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 3 (10), 1-8. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>.
- Au, J., Suen, L., & Lam, S. (2020). Observational Study of Compliance With Infection Control Practices Among Healthcare Workers in Subsidized and Private Residential Care Homes. *BMC Infectious Diseases*, 21 (75), 1-23. Retirado de <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-05767-8>.
- Barbosa, L. M., Noronha, K., Spyrides, M.H., & Araujo, C A (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 34 (02). 391-404. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições70.
- Beaglehole, R.; Bonita, R. e Kjellström, T. (2003). *Epidemiologia básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN: 972-98811-2-X.
- Cazzoletti, L., Zanolin, M., Tussardi, I., Alemayohu, M., Zanetel, E., & Torri, I. (2021). Risk Factors Associated with Nursing Home COVID-19 Outbreaks: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-17. Retirado de <https://doi.org/10.3390/ijerph18168434>.

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

Chow, L. (2020). Care homes and COVID-19 in Hong Kong: how the lessons from SARS were used to good effect. *Age and Ageing*, 50, 1-4. Retirado de <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa234>.

Decreto-lei 414/99, de 15 de outubro (1999). *Criação de carreiras nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade*. Diário da República, 1ª Série A, 241, 6967 – 6971. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Retirado de <https://files.dre.pt/1s/1999/10/241a00/69676971.pdf>.

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. 2242 – 2257. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.

Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro (2013). *Estabelece como Programa de Saúde Prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Diário da República, 2ª Série, 38, 7179 – 7180. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Despacho n.º 10901/2022, de 08 de setembro (2022). *Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Diário da República, 2ª Série, 174, 93 – 99. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Retirado de https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_sau_de_0.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. (Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012, atualizada em 31/10/2013). Lisboa: Autor. Retirado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>.

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

- Direção-Geral da Saúde. (2013, 12 de junho). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. [Página online]. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Relatório auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos (análise evolutiva: 2014 – 2015)*. DGS: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2022). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário 2021*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>.
- European Centre for Disease Control and Prevention. (2022). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe. Retirado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-WHO-AMR-report.pdf>.
- Gil, A. (2020). Estruturas residenciais para pessoas idosas. Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades Comunidades e Territórios*, 40, 1-25. <https://journals.openedition.org/cidades/2198>.
- Gonçalves, S.; Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria Cuidados Humanizados*, 11(1), pp. 2746. Retirado de <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>.

- Fortin, MF. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3^a (revista e atualizada) ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, 31 de março). *Projeções de População Residente em Portugal*. [Página online]. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Koo, E., McNamara, S., Lansing, B., Olmsted, R., Rye, R. & Fitzgerald, T. (2016). Making infection prevention education interactive can enhance knowledge and improve outcomes: Results from the Targeted Infection Prevention (TIP) Study. *American Journal Infection Control*, 44(11), 1241-1246. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27553671/>.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde – poder e empoderamento*. Loures: Lusociência.
- Lee, D., Yu, D., Ip, M. & Tang, J. (2017). Evaluation on the implementation of respiratory protection measures in old age homes. *Clinical Interventions in Aging*, 11/12, 1429-1438. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5600266/>.
- Lini, E., Portella, M., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1004-1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.
- Llena-Nozal, A., Rocard, E. & Sillitti, P. (2022). *Providing long-term care: Options for a better workforce*. Paris: OCDE. Retirado de <https://doi.org/10.1111/issr.12310>.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2023, 17 de fevereiro). Carta social, número de respostas sociais. [Página online]. Retirado de <https://www.cartasocial.pt/inicio>.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado*. Relatório Primavera 2018. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Retirado de: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE® Versão 2019). Retirado de <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browse>.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Genebra. Autor. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide A systematic review of the literature*. Genebra: Autor. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Organização Mundial de Saúde. (2016a). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Geneva: Autor. Retirado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>.
- Organização Mundial de Saúde. (2016b). *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. Genebra: Autor. Retirado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Genebra. Autor. Retirado de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5).
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2020). *Workforce and safety in long-term care during the covid-19 pandemic*. Paris: Autor. Retirado de [Workforce and Safety in Long-term Care during the COVID-19 pandemic \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org).

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: Autor. Retirado de <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Pender, N.; Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7ª edição). New Jersey: Pearson Education.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Brasília: Linha editorial internacional de apoio aos sistemas de saúde. ISBN: 978-85-8071-037-3.
- Pinheira, V.; Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 225-236. Retirado de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/6526/1/1124-3516-1-PB%20%281%29.pdf>.
- Pordata, (2023, 03 de janeiro). *População residente segundo os Censos*. [Página online]. Retirado de <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17>.
- Portaria 67/2012, de 21 de março. (2012). *Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas*. Diário da República, 1ª Série, 58, 1324/1329. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>.
- Puto, G., Wójkowska-Mach, J., Wałszek, M., Repka, I. & Róžańska, A. (2020). Selected aspects of the knowledge and practice concerning hand hygiene guidelines in the context of infection control structures in hospitals and long-term care facilities – findings of a questionnaire survey. *Medycyna Pracy*, 24(5), 531-537. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870181/>.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. (4ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Regulamento 122/2011, de 18 de fevereiro. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 35/2011, Série II de

2011-02-18. Ordem dos Enfermeiros. 8648 – 8653. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>.

Regulamento 428/2018, de 16 de julho. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. Ordem dos Enfermeiros. 19354 – 19359. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>.

Regulamento 140/2019, de 06 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Ordem dos Enfermeiros. 4744 – 4750. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Serviço Nacional de Saúde. (2023, 06 de fevereiro). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. [Página online]. Retirado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/Biblioteca/Organograma%20ACES%20LO.pdf>.

Sloane, D., Zimmerman, S. & Nace, D. (2020). Progress and Challenges in the Management of Nursing Home Infections. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(1), 1-4. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.025>.

Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Parede: Príncípia. ISBN:9789897160288.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. (9ª Edição). Missouri: Elsevier.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5.ª edição), Loures: Lusociência.

Unidade de Saúde Pública. (2019a). *Manual de Acolhimento: Unidade de Saúde Pública do ACeS Loures – Odivelas*. Arquivo da USP, Santo António das Cavaleiros.

Unidade de Saúde Pública. (2019b). *Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social a idosos*. Arquivo da USP, Santo António dos Cavaleiros. USP Loures – Odivelas, 2019.

Unidade de Saúde Pública. (2020). *Regulamento interno (Aprovado em 6 de março)*. Arquivo da USP, Santo António dos Cavaleiros. USP Loures – Odivelas, 2020.

Unidade de Saúde Pública. (2021). *Plano de ação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos: ACeS Loures – Odivelas*. Arquivo da USP, Santo António dos Cavaleiros

Wang, X., Wilson, C., & Holmes, K. (2021). Role of Nursing Home Quality on COVID-19 Cases and Deaths: Evidence from Florida Nursing Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 64 (8), 885–901. Retirado de <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1950255>.

Wood, D. (2018). Infection prevention in care homes: the role of community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 24 (1), 16-19. Retirado de <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.1.16>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido autorização dirigido ao Diretor Executivo do ACeS



Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACeS Loures Odivelas

Dr. José Carlos Queimado

Assunto: Pedido de autorização para realização de um projeto de intervenção

No âmbito do protocolo assinado entre ICS UCP/ ARSLVT, Liliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar o Estágio Final e Relatório na Unidade de Saúde Pública do ACeS Loures Odivelas. Neste contexto, pretende-se a realização de um projeto de intervenção com base no planeamento em saúde. Com este documento pretende-se solicitar autorização, no âmbito do regular funcionamento das atividades desenvolvidas pela Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Ana Lúcia Marques (Enfermeira Orientadora de Estágio) para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, que incide sobre a problemática da Prevenção e Controlo da Infeção, estando preconizado a realização de sessões de educação para a saúde em Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas.

Solicita-se ainda, autorização para a identificação da Enfermeira Orientadora e a divulgação do nome da vossa instituição e respetivos logotipos no relatório final que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Considerando a limitação temporal para o planeamento, implementação e avaliação do projeto de intervenção aguarda-se pelo parecer de V. Exma. na brevidade possível.

Agradece-se a atenção dispensada.

Loures, 28 de setembro de 2022.

À superior consideração de V. Exma.

Assinado por: **LILIANA FAUSTINO MARTINS CASIMIRO**

Num. de Identificação: 11399496
Data: 2022.09.28 14:15:56+01'00'

Liliana Faustino Martins Casimiro



APÊNDICE II – Pedido de autorização dirigido ao Presidente da instituição alvo do projeto de intervenção comunitária



Exmo. Sr. ° Presidente da Direção da Associação Luiz Pereira Motta

Sr. ° José Maria Lourenço

Assunto: Pedido de autorização para implementação de um projeto de intervenção comunitária

Eu, Liliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar o Estágio Final e Relatório na Unidade de Saúde Pública, Professor J. Pereira Miguel, do ACeS Loures Odivelas sob orientação clínica da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Ana Lúcia Marques e proponho a realização de um projeto de intervenção comunitária.

O projeto recairá sobre a problemática da Prevenção e Controlo da Infeção, preconizando-se a realização de sessões de formação dirigidas ao grupo profissional da Ajudantes de Ação Direta da vossa instituição alocadas à valência de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Solicita-se a vossa autorização para proceder à avaliação das necessidades formativas neste grupo profissional como estratégia de identificação dos temas considerados mais pertinentes e prioritários.

Solicita-se ainda, autorização para a identificação e a divulgação do nome da vossa instituição e respetivos logotipos no relatório final do estágio que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Considerando a limitação temporal para o planeamento, implementação e avaliação do projeto de intervenção aguarda-se pelo parecer de V. Exma. na brevidade possível.

Agradece-se a atenção dispensada.

Loures, 11 de outubro de 2022.

À superior consideração de V. Exma.

Assinado por: **LILIANA FAUSTINO MARTINS**

CASIMIRO

Num. de Identificação: 11399496

Data: 2022.10.11 12:50:40+01'00'



APÊNDICE III – Guião para a reunião exploratória de auscultação de necessidades



GUIÃO DA REUNIÃO EXPLORATÓRIA DE AUSCULTAÇÃO DE NECESSIDADES

“Prevenção e Controlo da Infeção”

Participantes:

- Coordenadoras da Área de Idosos (Sede e Casa de Santa Tecla);
- Responsável pela Área da Formação;
- Enfermeira Responsável (sede);
- Supervisora das Ajudantes de Ação Direta (sede);
- Enfermeira Orientadora Clínica: Ana Lúcia Marques;
- Liliana Martins Casimiro.

Objetivos da reunião:

- 1- Apresentar as linhas gerais da proposta de projeto de intervenção comunitária à instituição;
- 2- Auscultar as necessidades sentidas em termos formativos na área da Prevenção e Controlo da Infeção (conteúdos e população alvo de intervenção);
- 3- Identificar as características mais relevantes da população alvo de intervenção.

Âmbito: Com a realização desta reunião pretende-se estabelecer uma relação de cooperação entre os intervenientes, com o intuito de delinear o projeto de intervenção comunitária no âmbito da Prevenção e Controlo da Infeção e identificar a população alvo da intervenção.

Fundamentação: O aumento da esperança média de vida, o crescente envelhecimento demográfico e o aumento do nível de dependência originam uma maior necessidade de recorrer à institucionalização das pessoas idosas nas Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI). As ERPI's definem-se por “estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março). A pandemia revelou, globalmente um sistema fragilizado e pouco preparado para responder de forma adequada e oportuna às necessidades no contexto de uma doença infecto – contagiosa acentuando a importância da prevenção e controlo das infeções.

Neste âmbito, os cuidados prestados deverão ter em consideração o tipo de procedimento a realizar e os riscos que lhe são inerentes designando-se por Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). O seu objetivo é a prevenção da transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde e procuram garantir a segurança dos utentes, dos profissionais e de todos os que entram em contacto com os serviços

de saúde. A sua aplicação abrange todos os utentes independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso (DGS, 2022).

Guião da Reunião

Agradecimento à Instituição pela aceitação da reunião. Apresentação pessoal e profissional. Propósito da intervenção no contexto do Estágio final da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Solicitação do consentimento informado para a realização da entrevista com recurso a registo de notas escritas e autorização para utilização das informações facultadas nos tramites preconizados para o projeto de intervenção comunitária.

Questões:

- 1- Quais as categorias profissionais dos colaboradores envolvidos na prestação de cuidados às pessoas institucionalizadas na vossa instituição?
- 2- Qual o grupo de colaboradores que, no vosso entendimento, poderá beneficiar mais com uma intervenção formativa sobre a temática Prevenção e Controlo da Infeção? e porquê?
- 3- Quantos colaboradores existem dessa categoria profissional na vossa instituição?
- 4- Quais as características sociodemográficas desse grupo de colaboradores? (Género, idades médias, habilitações, tempo de serviço na instituição, formação e experiência profissional, entre outras)
- 5- Consideram que vossos colaboradores, particularmente, o grupo identificado, revelam preocupação com a prevenção e controlo de infeção?
- 6- Existe um plano de formação com conteúdos no âmbito da prevenção e controlo da infeção na vossa instituição?
- 7- Existem procedimentos / instruções de trabalho escritos para os colaboradores sobre prevenção e controlo da infeção?
- 8- Consideram que é necessária a implementação de um projeto que avalie os conhecimentos dos vossos profissionais nesta área e que promova a capacitação dos vossos colaboradores?
- 9- A prevenção e controlo da infeção abrange um vasto leque de áreas de intervenção, no vosso entendimento quais as áreas consideradas mais pertinentes para intervenção? (referir as 10 PBCI e as precauções baseadas na via de transmissão)
- 10- Qual consideram ser a estratégia mais adequada para abordar a temática da prevenção e controlo da infeção? (sessões de formação, cartões de bolso, cartazes, folhetos informativos, entre outros)
- 11- Existe alguma sugestão ou comentário que gostariam de acrescentar?

Notas adicionais: solicitar a possibilidade de proceder à aplicação de questionários durante a próxima semana para identificar as necessidades formativas na população-alvo selecionada. Agradecimento pela atenção e tempo dispensado.

Loures, 6 e 13 de outubro de 2022

APÊNDICE IV – Consentimento informado e esclarecido dirigido aos responsáveis da instituição para a reunião de auscultação de necessidades

Termo de Consentimento Informado e Esclarecido

Eu, Liliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio final na Unidade de Saúde Pública Professor J. Pereira Miguel do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Loures – Odivelas, sob orientação clínica da Sr.ª enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária Ana Lúcia Marques e sob orientação pedagógica e científica da professora Doutora Cândida Ferrito.

Neste contexto de estágio, proponho a realização de um projeto de intervenção tendo por base a metodologia do planeamento da saúde e que incidirá sobre a problemática da Prevenção e Controlo da Infeção, estando preconizado a realização de sessões de formação em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas que promovam a capacitação dos profissionais para a adoção das melhores práticas.

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para uma entrevista que tem como objetivos: apresentar as linhas gerais da proposta de projeto de intervenção comunitária à vossa instituição; auscultar as necessidades sentidas em termos formativos; e, identificar as características mais relevantes da população alvo de intervenção. Não são identificados quaisquer tipos de riscos decorrentes da intervenção.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento considerado necessário. Certifico que a sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento revogar o seu consentimento sem que existam prejuízos ou penalizações, informando da pretensão para o email: s-lfcasimiro@ucp.pt.

Asseguro que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas, relativamente às informações que forem transmitidas. Os dados recolhidos, serão utilizados apenas para fins académicos. O tratamento dos dados será da minha responsabilidade garantindo o anonimato dos mesmos, bem como o compromisso da destruição dos dados após a conclusão deste curso de Mestrado.

Acrescento ainda, que toda a informação será validada por si no final da entrevista e o tempo médio previsto para a entrevista será de aproximadamente 90 minutos.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicito o favor de assinar este documento, que será também assinado por mim.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Consentimento pós-esclarecido:

De acordo com o pedido de participação acima referido, confirmo que tomei conhecimento do projeto de intervenção e que me foi explicado o seu objetivo e finalidades. Assim, asseguro estar esclarecido e informado e aceito de livre vontade participar neste projeto.

Data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do/a entrevistado/a

Assinatura da mestranda

APÊNDICE V – Relatório da reunião exploratória de auscultação de necessidades



RELATÓRIO DA REUNIÃO EXPLORATÓRIA DE AUSCULTAÇÃO DE NECESSIDADES

“Prevenção e Controlo da Infeção”

Local: Associação Luiz Pereira Motta, Sede.

Data: 06 e 13 de outubro de 2022

Hora: 14h30

Duração: 02H00

Participantes:

- Coordenadora da Área de Idosos (sede);
- Coordenadora da Área de Idosos (Casa de Santa Tecla);
- Responsável pela Área da Formação;
- Enfermeira Responsável (sede);
- Supervisora das Ajudantes de Ação Direta (sede);
- Enfermeira Orientadora Clínica: Ana Lúcia Marques;
- Mestranda Liliana Martins Casimiro.

Assunto:

- Efetuar contacto com a instituição e responsáveis;
- Apresentar as linhas gerais da proposta de projeto de intervenção comunitária à instituição;
- Auscultar as necessidades sentidas em termos formativos na área da Prevenção e Controlo da Infeção, nomeadamente em termos de população alvo do projeto e conteúdos mais relevantes;
- Identificar as características mais relevantes da população alvo de intervenção.

Resultados:

Foi realizada a apresentação pessoal, explicado o contexto da intervenção e os critérios utilizados para a seleção da instituição. Apresentadas as linhas gerais da proposta de projeto de intervenção comunitária e os objetivos da reunião. Todos os participantes assinaram o consentimento informado e esclarecido. Todos os intervenientes demonstraram interesse e referiram a pertinência da implementação do projeto de intervenção comunitária. No decorrer da reunião foi aplicado o guião desenvolvido previamente e, tendo em conta as questões apresentadas, foram obtidas as seguintes respostas:

- 1- Quais as categorias profissionais dos colaboradores envolvidos na prestação de cuidados às pessoas institucionalizadas na vossa instituição?

R: Ajudantes de Ação Direta; Fisioterapeuta; Ajudante de fisioterapeuta; Enfermeiros.

- 2- Qual o grupo de colaboradores que, no vosso entendimento, poderá beneficiar mais com uma intervenção formativa sobre a temática Prevenção e Controlo da Infeção? e porquê?

R: Ajudantes de Ação Direta. Porque são os profissionais que realizam o primeiro contacto com os utentes. São os que estabelecem maior contacto com os utentes e são os mais expostos a maiores riscos pelos cuidados que prestam. Também existem os Auxiliares de Serviços Gerais que poderiam beneficiar da formação. Estes colaboradores são responsáveis pela limpeza das instalações, incluindo as zonas sanitárias consideradas áreas de risco acrescido.

- 3- Quantos colaboradores existem dessa categoria profissional na vossa instituição?

R: Para esta instituição (Sede e Santa Tecla) são cerca de 60 Ajudantes de Ação Direta em funções na ERPI e em relação às Auxiliares de Serviços Gerais são 17.

- 4- Quais as características sociodemográficas desse grupo de colaboradores? (Género, idades médias, habilitações, tempo de serviço na instituição, formação e experiência profissional, entre outras).

R: Os dados mais em concreto serão fornecidos posteriormente, mas em termos gerais as Ajudantes de Ação Direta são maioritariamente, do género feminino, com grande amplitude de idade e tempo de serviço e o nível de habilitações literárias mais prevalente deverá ser o 2º ciclo. Existe um colaborador com licenciatura. Existem dificuldades no processo de contratualização de colaboradores desta categoria profissional, em parte atenuada recentemente, por uma vaga migratória de brasileiros. Os aspetos referidos como justificação para esta dificuldade relacionam-se com o facto de ser uma área de trabalho pouco apelativa, como é o caso dos cuidados de higiene ao adulto e o vencimento ser em valores próximos ao ordenado mínimo. Uma IPSS não consegue competir com os valores de rendimentos praticados no setor privado. Existe alguma falta de identidade com o propósito desta área, muitos trabalham aqui por falta de outras opções mais motivantes.

- 5- Consideram que vossos colaboradores, particularmente, o grupo identificado, revelam preocupação com a prevenção e controlo de infeção?

R: Genericamente existe pouca preocupação com a adoção de comportamentos adequados para a prevenção e controlo da infeção. Durante a pandemia existiu essa preocupação, mas atualmente as pessoas encontram-se muito saturadas, sentem grande necessidade de voltar a usufruir do contacto social. Existe uma sensação de as pessoas estarem rendidas à situação pandémica. Existe uma elevada rotatividade dos colaboradores e falta uma adequada perceção acerca dos reais motivos para adotarem

os comportamentos mais corretos. Situações simples como a realização de higiene aos utentes onde era suposto os colaboradores cumprirem as indicações de boas práticas o que não acontece. É importante a supervisão, mas podem sentir pressão exercida pela chefia.

6- Existe um plano de formação com conteúdos no âmbito da prevenção e controlo da infeção na vossa instituição?

R: Durante a pandemia foi realizada formação na área, inclusive existiu a visita à instituição por entidade externa que realizou formação. Existe um plano de formação anual onde está previsto a realização de formação nesse âmbito, no entanto ainda não foi possibilidade de cumprir o planeamento.

7- Existem procedimentos / instruções de trabalho escritos para os colaboradores sobre prevenção e controlo da infeção?

R: A instituição possui um manual de procedimentos que é entregue aos colaboradores quando iniciam funções, é reconhecido que é um documento muito extenso, por isso é reforçada a necessidade de leituras para os conteúdos considerados mais relevantes. No entanto, não existe grande preocupação dos colaboradores para a realização da leitura do manual de procedimentos.

8- Consideram que é necessária a implementação de um projeto que avalie os conhecimentos dos vossos profissionais nesta área e que promova a capacitação dos vossos colaboradores?

R: Sim, é fundamental a capacitação das Ajudantes de Ação Direta. São um grupo de colaboradores com um défice de habilitações literárias, que revelam pouca motivação para a formação e por isso a intervenção deve ser pouco teórica e mais focada na prática. O trabalho por turnos e a rotatividade da equipa também contribui negativamente para a adoção dos melhores comportamentos. Quando chegam novos elementos existe o cuidado de os acompanhar e integrar, mas muitas vezes as pessoas não permanecem muito tempo na instituição, tornando o processo desgastante para quem desempenha este papel.

9- A prevenção e controlo da infeção abrange um vasto leque de áreas de intervenção, no vosso entendimento quais as áreas consideradas mais pertinentes para intervenção? (referir as 10 PBCI e as precauções baseadas na via de transmissão)

R: Das PBCI referidas diria que a utilização do EPI e a correta sequência, para a colocação e para a remoção, é muito importante. A utilização incorreta das luvas e a higiene das mãos são das áreas mais preocupantes (foram dados vários exemplos de situações em que as Ajudantes de Ação Direta não cumprem as regras de higiene, provocando a contaminação das várias superfícies de contato e revelam défice de conhecimentos em termos de controlo ambiental). Foi ainda salientado a importância de

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

conhecimentos a adotar nos casos de alguns tipos de infeções como as infeções urinárias, respiratórias e oculares, situações de doenças como é o caso da escabiose, MRSA.

10- Qual consideram ser a estratégia mais adequada para abordar a temática da prevenção e controlo da infeção? (sessões de formação, cartões de bolso, cartazes, folhetos informativos, entre outros)

R: É muito pertinente o acompanhamento das Ajudantes de Ação Direta durante a realização das suas atividades diárias, pode ser considerada pelos colaboradores como uma valorização pelo seu papel na instituição. As estratégias a desenvolver deverão ser de caráter prático com foco nos estímulos visuais. Em termos de recursos materiais os cartazes são considerados mais apelativos do que os folhetos.

11- Existe alguma sugestão ou comentário que gostariam de acrescentar?

R: Nada a referir.

Notas adicionais:

Foram identificados os dias, horários e número de formandos previstos para a formação. Foi solicitada a autorização para realizar um *focus group* a realizar na próxima semana com as Ajudantes de Ação Direta com o objetivo de averiguar as perceções deste grupo profissional sobre a problemática da prevenção e controlo da infeção.

Loures, 13 de outubro de 2022

APÊNDICE VI – Instrumento para a recolha de dados sociodemográficos



Caracterização sociodemográfica dos colaboradores da ALPM			
que desempenham funções na ERPI			
(somente para a categoria de Ajudante de Ação Direta)			
		Sede	Santa Tecla
Género	feminino	21	44
	masculino	1	2
Idade (anos)	20-29	0	5
	30-39	6	11
	40-49	3	11
	50-59	7	11
	60-69	6	8
Nacionalidade	portuguesa	13	31
	outra	9	15
Habilitações literárias	1º ciclo	5	6
	2º ciclo	1	16
	3º ciclo	10	20
	secundário	4	2
	licenciatura	2	0
	curso profissional saúde	0	2
Experiência Profissional anterior na área da prestação de cuidados	sim	16	27
	não	6	19
Tempo de serviço na instituição	<1 ano	4	5
	1-2 anos	2	7
	2-4 anos	7	3
	>5 anos	9	31
N.º total de Ajudantes de Ação Direta		22	46

APÊNDICE VII – Guião do *Focus Group*

GUIÃO DO FOCUS GROUP “Prevenção e Controlo da Infeção”

Descrição: O *focus group* é uma técnica de pesquisa qualitativa de produção de informação em que pessoas são reunidas em grupo para discutirem um tema de interesse, sob a moderação de alguém que vai apresentando questões e estimulando a diversidade de opiniões. Pretende-se proceder à observação e ao registo das interações grupais permitindo a compreensão do processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais do grupo sobre o tema da prevenção e controlo da infeção que proporcionem a auscultação das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta.

Participantes:

- Ajudantes de Ação Direta da ERPI Associação Luiz Pereira da Motta;
- Enfermeira Orientadora Clínica: Ana Lúcia Marques (Observadora);
- Mestranda Liliana Martins Casimiro (Moderadora).

Guião e questões norteadoras: Agradecimento pela presença e disponibilidade para colaborarem no *focus group*. Apresentação pessoal e as linhas gerais da proposta de intervenção; Solicitação do consentimento informado e esclarecido com gravação áudio e notas escritas.

- 1- Gostava de vos ouvir falar sobre o que são as Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Conseguem identificar algumas delas, quais? Na vossa opinião, qual a importância que elas têm?
- 2- Consideram a área da prevenção e controlo da infeção importante?
- 3- Nas vossas atividades diárias quais são os equipamentos de proteção individual que utilizam? Consideram importante a sua utilização? Sentem dificuldades em utilizá-los?
- 4- Conhecem ou existem documentos orientadores sobre a higienização dos materiais e instalações? Sentem algum tipo de dificuldade na implementação dessas orientações?
- 5- Quando sentem dificuldades no desempenho das vossas atividades, o que fazem para as ultrapassar e aumentar os vossos conhecimentos (leitura de manuais, falam com as colegas ou com os superiores, outras)?
- 6- Qual é a vossa perceção sobre a importância do vosso trabalho?
- 7- No desempenho das vossas funções quais são as maiores dificuldades que sentem? Acham que existe alguma área em que seja necessário intervir? quais as áreas em que consideram ser necessário receber formação?

Loures, 18 e 20 de outubro de 2022

APÊNDICE VIII – Consentimento informado e esclarecido para a participação no *Focus Group*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Termo de Consentimento Informado e Esclarecido

Eu, Liliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio final na Unidade de Saúde Pública Professor J. Pereira Miguel do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Loures – Odivelas, sob orientação clínica da Sr.ª enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária Ana Lúcia Marques e sob orientação pedagógica e científica da professora doutora Cândida Ferrito.

Neste contexto de estágio, proponho a realização de um projeto de intervenção tendo por base a metodologia do planeamento da saúde e que incidirá sobre a problemática da Prevenção e Controlo da Infeção, estando preconizado a realização de sessões de formação em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas que promovam a capacitação dos profissionais para a adoção das melhores práticas.

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para a realização de um *Focus group* que tem como objetivo a apresentação da proposta de projeto de intervenção comunitária e auscultar as perceções, sentimentos e necessidades sentidas pelas Ajudantes de Ação Direta. O tempo previsto será de aproximadamente 50 minutos. Asseguro que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas, relativamente às informações que forem transmitidas durante a sessão, onde serão recolhidos dados através de gravação áudio e notas escritas. Os dados serão utilizados apenas para fins académicos sendo o seu tratamento da responsabilidade da mestranda, garantindo o anonimato dos mesmos e compromisso da sua destruição após a conclusão do curso de Mestrado. Não são identificados quaisquer tipos de riscos decorrentes desta intervenção. Estarei disponível para qualquer esclarecimento considerado necessário. Certifico que a sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento revogar o seu consentimento sem que existam prejuízos ou penalizações, ausentando-se da sala onde decorre a realização do *Focus group* ou informando da pretensão para o email: s-lfcasimiro@ucp.pt. Agradeço desde já a sua colaboração.

APÊNDICE IX – Matriz da Análise de conteúdo

MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A entrevista aos responsáveis da área de idosos da Instituição: Associação Luiz Pereira da Motta (Sede e Casa de Santa Tecla) para a auscultação das necessidades permitiu a identificação da população alvo de intervenção e a área de formação.

Participantes: Ajudantes de Ação Direta da Instituição: Associação Luiz Pereira da Motta (Sede e Casa de Santa Tecla) – intervenção realizada através da realização de 2 *focus group* com a participação de 16 ajudantes, 8 em cada grupo e divididas por cada polo da instituição (Grupo A: Sede realizado a 18OUT22 e Grupo B: Casa de Santa Tecla realizado a 20OUT22).

Corpus da análise: Transcrição das respostas dadas durante a realização dos *focus group* e registos realizados pelo observador. Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (2016) e com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Unidade de Registo	Categoria	Sub categorias	Unidades de contexto	Frequência
Características individuais e experiências	Comportamento prévio (mais associado ao conhecimento)	Conhecimento das PBCI	<p>Observação realizada durante o focus group – Na questão sobre o <u>conhecimento sobre as PBCI</u>:</p> <p>Grupo A: primeiramente em silêncio e pensativos e a olharem uns para os outros na tentativa de perceberem quem iria tomar a iniciativa de começar a falar. Após as primeiras pessoas começarem a falar sobre o tema, o grupo ficou mais à vontade e o discurso fluiu de modo espontâneo e descontraído havendo inclusivamente discussão entre pares, transparecendo a sensação de que estavam mesmo envolvidos e empenhados em pensar e falar sobre este assunto.</p> <p>Grupo B: inicialmente ficaram com um ar pensativo e em silêncio, algumas olharam para o teto, outras para o chão, até que uma das ajudantes de ação direta tomou a iniciativa de falar. Enquanto ouviam a colega, acenaram afirmativamente com a cabeça.</p> <p>A3 e A4 “higiene” A5: “é lavar as mãos, muito bem lavadas, (...) uso luvas em cada utente (...) avental; (...) lavar as mãos (...), para não levar a infeção de um lado para o outro” A6: “é a parte da eliminação, eliminar”, “A eliminação é muito importante após a desinfeção”. A3: “isolar, os isolamentos” A5: “desinfetar todo o material (...) usar e desinfetar”.</p>	10

	<p>A7: “Mas há coisas que nós podemos fazer sem luvas, não é? Se a pele estiver íntegra e se for só para passar um bocadinho de creme num braço, não precisamos de estar a usar luvas, temos é que ir lavar as mãos a seguir e ter as nossas mãos lavadas. (...) é difícil as pessoas perceberem porque é que eu vou ter que usar luvas numa coisa e na outra não tenho, só que depois andavam por aqui a passear com luvas para todo o lado, isso é que não!”</p> <p>B1: luvas, máscaras</p> <p>B2: “os materiais de proteção que temos de usar diariamente (...), troca de luvas, (...) aventais plásticos e a sua troca, (...) uso de máscara, a desinfeção das mãos, a lavagem frequente também das mãos”.</p> <p>B2: “à várias infeções, não é só o covid. (...) é basicamente esses procedimentos de áreas que nós fazemos o possível para nós, para ter sempre, na ponta da língua.”</p>	
Importância das PBCI	<p>A1: sim, é importante estar consciente do que temos que fazer”.</p> <p>A5: “eu acho que é muito importante, acho muito importante”.</p> <p>A6: “serve para a nossa proteção como para os utentes”.</p> <p>A5: “é mais fácil tratar um utente com uma infeção do que meia dúzia”.</p> <p>A7: “(...) isso já mudou muito, já não há tantas pessoas que andam com luvas para aqui e para ali, as luvas são para ser usadas nas alturas certas, não é preciso andar a passear”.</p> <p>B2: “nós tentamos minimizar os efeitos dos contágios e das propagações (...) Fazemos o melhor que podemos, aquilo que sabemos”.</p> <p>B1: “(...) acho que é um género que por causa da covid entrou mais em foco, penso eu”.</p> <p>B1: “Durante a pandemia foi bastante relevante”.</p> <p>B2: para fazer o tal controlo, não é? (...) a desinfeção (...) em relação a outras infeções (...), as roupas são tratadas de forma individualmente, os sacos são outros, as lavagens são individuais, a roupa da cama”</p> <p>A1: “(...) cada pessoa é que tem que se cuidar a ela e cuidar os outros”</p> <p>A5: “isso por acaso [avental] é uma coisa fundamental”.</p>	11
Conhecimento sobre EPI	<p>Observação realizada durante o focus group – Na questão sobre os <u>equipamentos de proteção individual</u>:</p> <p>Grupo A: foi notório alguma retração do grupo novamente. Houve um período de silêncio e a adoção de uma postura mais fechada por alguns participantes, alguns cruzaram os braços e ajeitaram-se no cadeirão, outros direcionaram o olhar para o chão, outros para a janela, transparecendo um sentimento de incómodo em relação a este assunto. Quando um dos participantes tomou a iniciativa de falar, os outros acompanharam e falaram livremente do que sentiam e das dificuldades que tinham.</p> <p>Grupo B: foi notório que ficaram mais descontraindas, algumas recostaram-se nas cadeiras e, após a encarregada ter falado, também algumas ajudantes de ação direta falaram abertamente sobre as dificuldades sentidas, outras acenaram com as cabeças transmitindo de modo não verbal que concordavam. No entanto, 3 ajudantes de ação direta mantiveram-se em silêncio e com olhar vago, não expressando opinião acerca do que se estava a falar.</p> <p>A3; A8; B1: “aventais”</p> <p>A1; A3; A5: “batas”</p> <p>A1; A5; B2; B3: “luvas”</p> <p>A8; B1; B2: “óculos”</p> <p>A5: “viseiras”</p> <p>A7; B1; B2; B3; B4: “máscara”</p>	19

	Conhecimento protocolos	<p>Observação realizada durante o focus group – Na questão sobre <u>conhecimento dos procedimentos, documentos orientadores</u>:</p> <p>Grupo A: Referiram prontamente que sim!... demonstrando uma postura convicta e segura</p> <p>Grupo B: observou-se novamente uma retração do grupo, havendo silêncio na sala e algumas ajudantes de ação direta ficaram com um olhar vago, mas depois a encarregada começou a falar e o restante grupo assumiu uma postura em como concordavam. Algumas exprimiram essa concordância também de modo verbal. Todavia, 3 ajudantes de ação direta mantiveram uma postura de imparcialidade e um olhar vago.</p> <p>A1: “a gente faz com o que sabe, está ali o produto que desinfeta (...), agora se está indicado ou não isso já não é da nossa autoridade, alguém o faz, não somos nós”.</p> <p>B1: “o produto que a gente utiliza foi o que nos deram, portanto, é o desinfetante que a gente utiliza para desinfetar. Para nós temos o líquido que é, o álcool gel para desinfetar as mãos”.</p> <p>A8: “os produtos já estão todos lá, sabemos que temos de os usar”</p> <p>B2: “Nós temos uma salinha onde nos reunimos e temos lá o plano de trabalho a esse nível, não é, e depois sabemos onde é que se desinfetam as bacias, onde é que desinfetam os materiais e de que maneira. (...) quando as pessoas entram de início levam logo o plano que é logo para se entreterem a lerem, (...) e trabalhando diariamente as coisas vão-se interiorizando também connosco, temos essa perceção”.</p> <p>A7: “(...) lava-se a bacia e depois borrija-se, passa-se o pano e lava-se a bacia, muitas vezes, nem usam detergente, passam por água e depois passam aquilo (vários elementos da equipa em concordância com a referência). E as cadeiras de banho ou é com a lixívia que já está com a concentração (vários a referir o mesmo, a concentração que vêm, que nos dão!) mas há coisas que não pode ser usada a lixívia. (...) Não há uma lavagem primeiro e o que devia acontecer uma lavagem primeiro e depois é que é a passagem uma solução alcoólica que não lava, só desinfeta (...) nos acamados falha um bocadinho, as grades das camas, os comandos. As bacias e as cadeiras, por norma toda a gente o faz”.</p> <p>A1: “Das cadeiras, é um hábito que a gente criou, já não sai”.</p> <p>A6: “sim, é automático, cada vez que usamos, lavamos”.</p> <p>B1: “por norma em todas as casas de banho, (...) há uma esfregona e um balde, se acontecer, o que temos à mão e desinfetamos, nem que seja com o produto que a gente também para desinfetar as mesas”.</p>	8
Fatores pessoais psicológicos e socioculturais	Biológico socioculturais	<p>Informação fornecida pela instituição utilizada para a caracterização dos elementos sociodemográficos.</p> <hr/> <p>Observação realizada durante o focus group – Com a explicação dos <u>propósitos do projeto de intervenção</u>:</p> <p>Grupo A: grupo começou gradualmente a demonstrar uma postura menos defensiva e a mostrar abertura em participar, direcionando o olhar para o moderador, escutando-o com atenção e interesse.</p> <p>Grupo B: “transpareceu a sensação de que estavam interessadas no que se pretendia abordar. Algumas acenaram afirmativamente com a cabeça, outras sorriram ficando expectantes no que se seguiria”. No início: “pairava um ambiente de apreensão, algumas ajudantes de ação direta estavam de olhos postos na moderadora de braços cruzados, enquanto outras encontravam-se com um ar pensativo e olhar vago”.</p>	

	<p>Observação realizada durante o focus group – Na questão sobre as <u>dificuldades no desempenho das atividades</u>: Grupo A: foi notório a troca de olhares entre pares, com alguns sorrisos demonstrando uma postura de coesão, companheirismo e interajuda entre pares. Para além disso, transpareceram o sentimento de respeito e admiração que têm pela encarregada, reconhecendo o seu empenho e dedicação. Grupo B: de forma automática os olhos direcionaram-se para a encarregada e perentoriamente referiram que era com a encarregada, sendo notório alguma satisfação por parte desta ao perceber este reconhecimento, esboçando um sorriso (...) direcionaram-se também para a responsável de turno. Transpareceram um sentimento de respeito e o reconhecimento de competências nessas pessoas. (...) referiram que também era importante o apoio entre as colegas para ultrapassar as dificuldades</p>	
<p>Perceções e sentimentos específicos do comportamento</p>	<p>Perceção dos benefícios da ação</p> <p>conquistas e benefícios alcançados em experiências anteriores</p> <p>Vários comentários gerais afirmando a importância da área da prevenção e controlo da infeção. A5: “eu acho que é muito importante, acho muito importante (...) é mais fácil tratar um utente com uma infeção do que meia dúzia”. A6: “serve para a nossa proteção como para os utentes”. B2:” muito, é o mais importante (...). A gente vê sempre a perceção de que qualquer desleixo (...) o saber fazer algum tipo de controle ao nosso alcance desse tipo de coisas, de infeções”. A1: a formação é sempre bem-vinda (...), se não vamos às formações não estamos atualizadas porque as coisas mudam. (...) mesmo que seja a falar, a gente aprende sempre mais qualquer coisa” A6: “(...) a formação é sempre essencial, (...) pode vir esclarecer dúvidas” A8: “e há coisas que mudam e nós não as praticando vai-se esquecendo” A1: “(...) uns casos que faz mais falta, (...) ainda há uns tempos eu disse, sobre a morte que ninguém fala da morte” B2: “(...) no controle de qualquer infeção, ou evitar até que ela surja. (...) é sempre um reavivar, corrigir, evitar erros que possam estar a ser feitos. os procedimentos de trabalho são sempre importantes” A5: “(...) [as pessoas] tinham de ter vocação como qualquer profissão, (...) há pessoas que fazem com amor” A6: “há dias eu que eu saio daqui muito contente, pois temos algumas utentes, por exemplo, que pedem um beijinho. eu acho que é porque eu estou sempre disposto (...). Eu não viro costas, respondo sempre”.</p>	<p>10</p>
<p>Perceção de barreiras para a ação:</p>	<p>Dificuldades para adoção do comportamento</p> <p>A8: “eu transpiro muito e depois com os aventais ainda fico completamente encharcada e não dá para andar sempre a trocar mesmo se não estiver com a jaqueta, se tiver com uma t-shirt fica completamente encharcada e não dá para andar de utente para utente a trocar, não dá. Pronto, eu para mim, eu sou sincera, eu evito usar o avental, evito. Também por causa da minha saúde, porque andar sempre encharcada e secar a t-shirt no corpo também não é bom, mas tenho a precaução, o cuidado com eles”. A7: (...) quando andávamos de bata ainda era pior A3: o plástico é que faz a pessoa transpirar A5: “eu vou falar um bocadinho no geral, aquilo que eu vejo, às vezes é depois calçar as luvas com as mãos um bocado húmidas” A1: “eu já uso umas (luvas) por dentro e outras por fora, depois tiro as de dentro e enfio outras em cima” A7: “(...) quanto veio a [máscara] P2 era assustador”. A7: “nos produtos (...) tenho alguma dificuldade em perceber o que é para quê? (...) aquele bacteriano que nós temos, eu acho que não é o mais adequado, pelo menos da maneira que os estamos a usar (vários elementos da equipa em concordância com a referência anterior). (...) eu já falei até com o aprovisionamento e até agora ainda não arranjam ali uma solução melhor do que o produto” B1: “O controlo de infeção faz parte da enfermagem, a gente apenas (...) tem os cuidados depois a seguir”. A8: “os aventais, eu para mim é o que me custa mais (...) não dá para andar de utente para utente a trocar (...) eu evito usar o avental, (...) por causa da minha saúde, porque andar sempre encharcada e secar a t-shirt no corpo também não é bom. Aí isso [óculos] é um problema”</p>	<p>23</p>

Perceção de autoeficácia

juízo pessoal da capacidade de realizar uma ação.

A5: “antes também detestava aquilo [avental]” A5: “(...) calçar as luvas com as mãos um bocado húmidas”
 A7: “quando andávamos de bata ainda era pior. Nós ainda adquirimos uns [óculos] um bocadinho melhores, havia aqueles que faziam mesmo doer. (...) quanto veio a [máscara] P2 era assustador”
 A3: “isso [bata] então era muito pior. Para mim também é [avental]”
 A5: “havia aí umas batas que eram todas de plástico. As viseiras eram uma coisa horrível”
 A1: “aí senhor, sim eram [batas], nem me lembrem disso. Eu já uso umas [luvas] por dentro e outras por fora, depois tiro as de dentro e enfio outras em cima”
 B1; B2; B4: “a máscara é que se torna pior por causa do calor e dificuldade em respirar”
 B3: “para mim é a máscara, porque eu tenho um problema na apneia do sono e tenho problema de respiração, então para mim a pior coisa que tem é a máscara (...) da dificuldade da respiração”
 B1: “[máscara] eu, é por causa da sinusite, (...) acho que é mesmo a máscara que nos dificulta muito a atividade, o calor, (...) falar mais alto, (...) é muito difícil ter uma máscara aqui”. “(...) até chegava a perguntar à enfermagem como é que conseguiam trabalhar com os óculos porque não dá”. “os aventais era a morte, a gente a trabalhar transpiramos em todo lado, mas tinha que ser, tinha que ser, era desconfortável”.
 B2: “exatamente, é isso mesmo [a máscara é uma grande barreira comunicacional]”
 B3: “o transpirar das mãos, por exemplo, a calçar as luvas também, temos de usar o pó de talco. As luvas costumam também dar assim um stress”.
 B1; B2: “[óculos] sobretudo a dar duchas nas casas de banho”

Vários elementos referem que em caso de dúvida questionam a responsável das Ajudantes de Ação Direta.
 A6: “partilhamos entre colegas e depois é com a chefe, geralmente é perguntado ao colega como é que se faz, colega podes ajudar-me, senão falamos ou ligamos para a chefe, temos equipa. Procuramos o colega com quem nos identificamos ou com quem nos sentimos melhor e geralmente apoiamos uns aos outros”.
 A1: há sim, o valor sou eu que sei que faço meu trabalho e sei que vou satisfeita para casa porque o fiz a 100%, ponto. Se eles gostam ou não gostam isso já é outro problema, mas é bom esse problema não se enfia em mim. Eu sei quando é que ando a fazer o meu melhor e deixar o melhor possível, já me sinto satisfeita, vou pra casa satisfeita”.
 B3: “é com a responsável (...) quando acontece, vou tentar entender o que é que se passa”
 B2: “chega ao pé da responsável de turno” (várias a concordar que é com a responsável)
 B1: “(...) tentamos resolver a situação de uma maneira ou de outra. Se for para ser mais acima, vem acima, se a pessoa que está acima também não conseguir fazer nada sobe, mas por norma todas elas conseguem resolver de uma maneira ou de outra, melhorando aqui ou apoiando ali, (...) a gente chama-se mutuamente e a gente resolve as coisas.
 B2: “(...) nós dividimos em subequipas (...) e aí as equipas têm uma responsável daquela equipa (...) e essas responsáveis (...) já com uma certa, um certo calo, digamos assim (...) e (...) estamos sempre mais ou menos assim disponíveis e vamos fazendo isso assim e, de outra maneira quando, há o 112 e há as responsáveis de turno”.
 B2: “Nós, com esta coisa agora deste vírus (...) Fazemos o melhor que podemos, aquilo que sabemos”.
 A1: “é como se agora mandassem fazer uma higiene com as mãos, eu digo não, não vou, eu já não consigo pegar no utente sem luvas e quando eu comecei fazia-se tudo sem luvas, mas também quando me adaptei a elas (luvas) já não me sinto bem a fazer uma higiene ou seja o que for sem elas. É uma coisa que eu aprendi, até para minha defesa que eu já tive vários problemas e não quero apanhar mais, valha-me deus se eu não me proteger quem é que vai me proteger”.

Observação realizada durante o *focus group* (avaliação da postura corporal e resposta emocional) - Na questão sobre a percepção sobre a importância do trabalho:

7

Grupo A: ficaram com uma postura de admiração e surpresa relativamente à questão colocada e posteriormente manifestaram satisfação por lhes ter sido colocada esta questão. Foi notório o sentimento de carinho e espírito de missão em relação às atividades que desempenham, mas, concomitantemente, de tristeza e revolta pela falta de reconhecimento do que fazem pela sociedade e por alguns utentes.

Grupo B: um ambiente de silêncio, (...) a encarregada referiu que era um trabalho muito importante e as ajudantes de ação direta de modo global acenaram afirmativamente com a cabeça e algumas destas consolidaram a ideia anteriormente transmitida. No entanto, outras referiram com uma postura de tristeza e, até mesmo, de revolta o facto de ser uma profissão pouco reconhecida em termos monetários e por algumas pessoas, apesar da importância que têm. Houve 3 auxiliares de ação direta que não expressaram opinião, estando com uma postura pensativa e olhar vago algumas com os braços cruzados, outras com as mãos juntas entre as pernas.

Várias pessoas referiram que o seu trabalho é muito importante.

A6: “essencial. Na minha opinião é um trabalho essencial, é uma missão no sentido de se gostar, ter disponibilidade. (...) isso nota-se também no trabalho se faz”.

A1: “importante, de toda a importância. Para já, tem de se gostar”

A5: “(...) faz muita diferença eu trabalhar com amor e dedicação. Por exemplo, se estiver a fazer uma coisa que não gosto, posso estar a fazer uns dias, umas semanas, mas aquilo fica saturante e então isso vai-se refletir nas pessoas que estão à minha volta. Elas não têm culpa nenhuma de eu não gostar de fazer aquilo que faço, mas estou ali porque preciso de estar. E é assim, sofrem os utentes, sofrem os colegas, principalmente a chefe, coitada, eu às vezes tenho pena dela”. “eu sinto-me triste porque não nos dão o valor. Estamos a passar e dizem, olha ali uma tapa cú, lava cú”.

B1: “o nosso trabalho é importante, o problema é que poucas funcionárias para muitos utentes, não conseguimos fazer melhor, tentamos, todas nós”.

B2: “(...) é muito importante e a valorização que lhe é dado isso é, outros quinhentos, não é? mas é de facto muito importante e nesta população, eles são, nós somos mesmo a família deles, nós aqui temos uma população carenciada (...) a maioria dos nossos utentes não tem família, tem muito pouca visita e vive connosco (...) a gente vai de férias uma semana e quando chega, ai! Onde é que andaste? (...) isso é um conforto também”.

B2: “eu pessoalmente acho (...) um trabalho muito, muito desgastante (...) passa tudo pelas mesmas pessoas (...) e a gente também gostava de ter algum tempo (...) e estar ali um bocadinho a falar e pintar as unhas e cortar as unhas. Mas de facto eles necessitam muito de nós, é um trabalho muito valioso e humano”. “eu acho que as equipas, de uma maneira geral sentem falta de apoio (...) a gente queixa-se disso a nível superior e eles queixam-se de outras coisas que nós não sabemos (...) às vezes não há tempo nem para respirar (...). Hoje vou não sei quê chego lá, está com uma telha enorme, nem me quer ver, pronto, e a gente tem que dar a volta e, às vezes, ao mesmo tempo a fazer isso, fazer outras coisas é, desgastante, a palavra é essa, desgastante, física porque é um trabalho muito repetitivo, é muito rotineiro”. “as histórias também são às vezes complicadas, as histórias da vida deles e isso tudo nos afeta”.

B3: “(...) somos muito desvalorizados, muito mal pagos. (...) é muito exigido e muito mal pago”. “É muito difícil para a gente, o psicológico muito grande que nos afetam, que muitas vezes cobram de mais da gente pelo nosso horário, só que não vê o lado da gente, o psicológico também que é muito afetado nisso (...) se a gente não está bem emocionalmente como vai transmitir a eles, coitados também, uma coisa boa. (...) Eles sentem quando a gente não está bem”. “a gente passa (...) muito mais tempo aqui do que dentro da própria casa”.

“se a gente não está bem emocionalmente como vai transmitir a eles, coitados também, uma coisa boa. A gente queira ou não tem que estar bem emocionalmente para poder transmitir a eles. Eles sentem quando a gente não está bem”.

Influências interpessoais	perceções sobre comportamentos dos outros.	<p>A8: “é um trabalho que quem vem para cá tem de ter a ideia que vem fazer o que é preciso e não só por vir. Há quem nem aceite, nem receba, quer dizer, não dá nem recebe”. (Vários elementos a concordar com esta opinião).</p> <p>B2: “(...) pessoas que nos chegam às vezes também já vem de outras instituições, assim a zero, a zero quando veem, também acontece e veem e pronto, pessoas que nunca trabalharam e às vezes também é ótimo que venham sem saber nada, para absorver e para serem uma mais-valia”.</p> <p>B2: “(...) ainda há muitas que perdem muito tempo com outras coisas e que podiam fazer melhor também, não é, mas eu noto isso, (...) eles às vezes não contam a umas o que contam a outras. Não desabafam com umas o que desabafam com outras e cada uma de nós têm uma importância diferente (...) tudo isso e noto que elas, às vezes também até podiam fazer melhor”.</p> <p>B2: “Quem trabalha com pessoas é uma confusão porque é todos os dias de maneira diferente, eles também não acordam sempre da mesma maneira, nem eles, nem nós”.</p> <p>B1: “(...) antes sem máscara, viam logo, isso era certinho e direitinho, bastava só o olhar. (a descrever observações dos utentes: Não está bem! E a resposta: Tou, tou!), com máscara é difícil, mas eles sentem. As vezes a nossa maneira de falar, qualquer coisa, uma diferença que normalmente eles conseguem sentir”.</p> <p>B2: “(...) eles também nos cobram muita coisa (descrever observações dos utentes: ah, hoje vens nervosa, não me faças isso)”.</p> <p>A6: “partilhamos entre colegas e depois é com a chefe, geralmente é perguntado ao colega como é que se faz, colega podes ajudar-me, senão falamos ou ligamos para a chefe, temos equipa. Procuramos o colega com quem nos identificamos ou com quem nos sentimos melhor e geralmente apoiamos uns aos outros”.</p> <p>B1: “(...) por norma todas elas conseguem resolver de uma maneira ou de outra, melhorando aqui ou apoiando ali, (...) a gente chama-se mutuamente e a gente resolve as coisas.</p> <p>B2: “(...) nós dividimos em subequipas (...) e aí as equipas têm uma responsável daquela equipa (...) estamos sempre mais ou menos assim disponíveis”.</p>	9
Influências situacionais	o contexto	<p>A1: “houve uma enfermeira que nos quis tirar as luvas, quando passou o covid, eu disse: eu agora já não trabalho sem luvas, desculpe lá!”.</p> <p>A6: “Procuramos o colega com quem nos identificamos ou com quem nos sentimos melhor e geralmente apoiamos uns aos outros”.</p> <p>B1: “o nosso trabalho é importante, o problema é que poucas funcionárias para muitos utentes, não conseguimos fazer melhor, tentamos, todas nós que estamos aqui. Tentamos fazer o que podemos e o que não podemos, às vezes mais a gente não consegue fazer, mas sim, fazemos de tudo um bocadinho para os nossos utentes”.</p> <p>B1: “(...) a gente quer fazer tudo e às vezes não temos mais braços, não temos mais pernas, não temos mais nada e aí às vezes há uma certa impotência dentro de nós, queremos fazer e às vezes não conseguimos.</p>	4

<p>Resultado comportamental Compromisso com o plano de ação</p>	<p>Observação realizada durante o <i>focus group</i> – Na questão sobre <u>interesse em receber formação</u>: Grupo A: responderam de modo quase automático e espontâneo, com uma postura convicta e segura, demonstrando interesse e motivação para adquirir mais conhecimentos. 6 Grupo B: ficaram em silêncio e posteriormente a encarregada iniciou o discurso reforçando a importância da formação, mas de forma vaga... Algumas acenaram afirmativamente com a cabeça perante o que estava a ser dito, outras mantiveram uma postura de imparcialidade, outras mexeram-se na cadeira transparecendo algum desconforto.</p> <p>A1: a formação é sempre bem-vinda (...), se não vamos às formações não estamos atualizadas porque as coisas mudam. (...) mesmo que seja a falar, a gente aprende sempre mais qualquer coisa” A6: “(...) a formação é sempre essencial” A6: “Uma formação pode vir esclarecer dúvidas” A8: “e há coisas que mudam e nós não as praticando vai-se esquecendo” B1: “Basicamente, é mais uma aprendizagem (...) a gente lida com uma situação de cada vez, de vagar, devagarinho”. B2: “(...) no controle de qualquer infecção, ou evitar até que ela surja. (...) é sempre um reavivar, corrigir, evitar erros que possam estar a ser feitos. os procedimentos de trabalho são sempre importantes”.</p>
---	--

APÊNDICE X – Cronograma para a execução do projeto de intervenção

Cronograma de Atividades	2022															
	setembro				outubro				novembro				dezembro			
	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	03 a 07	10 a 14	17 a 21	24 a 28	31 a 04	07 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 02	05 a 09	12 a 16	
Acompanhamento pedagógico																
Reunião/avaliação com Orientadora Pedagógica							17								14	
Presença em Sala de aula (Orientação tutorial)						10				14					12	
V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem "Uma voz para o humanismo"												25				
Projeto Intervenção Comunitária																
Diagnóstico da Situação																
Definição de prioridades																
Fixação de Objetivos																
Seleção de Estratégias																
Preparação e execução																
▪Elaboração do logotipo do projeto																
▪Identificação de conteúdos e preparação das sessões e materiais																
▪Identificação das necessidades em termos de recursos																
▪Realização das sessões de formação																
▪Elaboração de telas e vídeo alusivo às sessões de formação																
▪Articulação com entidades para disponibilização de recursos																
▪Articulação com entidades para impressão de material																
▪Realização de e-book																
Avaliação																
Entrega do Relatório Final a 24 de fevereiro de 2023																

APÊNDICE XI – Sessões de Formação (slides)

Universidade Católica Portuguesa
 Instituto em Enfermagem
 Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

3P's
Precauções básicas
Prevenção da infeção
Promoção da segurança

Projeto de Intervenção Comunitária

Beatriz Lídia Rêgo Gomes
 Educação Clínica Especialista em Saúde Mental
 Educação Pedagógica, Professora Ana Sofia Mendes

1

Panorâmica

1º DIA

- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
- PREVENÇÃO BÁSICA
- PREVENÇÃO GERAL DO CONTROLO DE INFECÇÃO
- DIAGNÓSTICO DA IACS

2º DIA

- DEFINIÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA ÀS UC
- ALGORITMO DE GESTÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADA ÀS UC DE INTERNAMENTO
- INFECÇÃO ASSOCIADA ÀS UC DE INTERNAMENTO

2

3P's
 Precauções básicas
 Prevenção da infeção
 Promoção da segurança

OBJETIVO GERAL

Contribuir para a capacitação do grupo de Ajudantes de Ação Direta da Associação Lúis Pereira Almeida no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, entre 05 de setembro e 16 de dezembro de 2022.

3

3P's
 Precauções básicas
 Prevenção da infeção
 Promoção da segurança

INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

4

Generalidades

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um dos problemas de saúde pública mais importantes no mundo, com um impacto significativo na mortalidade e na qualidade de vida.

As IACS representam um problema significativo em termos de incidência e mortalidade, sendo responsáveis por cerca de 10% das admissões em UC.

Uma grande percentagem das IACS são evitáveis através da adoção de medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção.

Muitas das IACS são causadas por microorganismos multiresistentes e causam prejuízos para doentes, utentes e profissionais, representando um peso significativo para os sistemas de saúde em termos de custos e qualidade de vida.

A mortalidade nos utentes internados com infeções associadas aos cuidados de saúde é de 10% a 20% e pode levar a um aumento da duração da internação e a custos adicionais.

Estima-se que em 2020 as IACS causadas em Portugal tenham custado cerca de 100 milhões de euros.

Quão são as consequências das IACS e da IAMI para os utentes e para a saúde trabalhada no hospital?
 • mortalidade, prolongar na hospitalização e incapacidade prolongada
 • custos adicionais
 • problemas sociais e repercussões psicológicas resultantes do sofrimento de utentes, famílias e cuidadores

5

IACS... nas ERPI's

Em média, um utente numa ERPI desenvolve entre uma a três infeções por ano.

As infeções mais frequentes são: infeção do trato urinário (ITU) e a pneumonia.

O início da infeção representa a causa mais comum de internamento hospitalar e morte de utentes residentes em ERPI's.

Fatores mais comuns para as IACS:
 • internamento em unidades de cuidados intensivos e semi-intensivos
 • utilização de dispositivos médicos invasivos: cateter venoso central, sonda orotraqueal, sonda enteral, etc.

A maioria das IACS torna-se evidente 48 horas ou mais após a admissão.

6

As IACS podem ser originadas por...

Infeção de origem endógena

Fonte endógena: o doente já tem o agente infeccioso no seu corpo, sendo este geralmente no intestino, que são naturalmente colonizados por flora endógena local.

Esses microorganismos podem passar de um local para outro (ex: intestino para pulmão) através de procedimentos médicos.

Infeção de origem exógena

Transferência do agente infeccioso do ambiente para o doente, geralmente através de mãos.

Tras dos profissionais e visitantes, especialmente do momento de admissão no utente, dispositivos médicos, ou a presença de cuidadores.

Microorganismos introduzidos por ambiente: água contaminada, ventilação deficiente, ventilação artificial.

As IACS não são exclusivas dos utentes. Os profissionais de saúde, pessoal auxiliar e visitantes também podem ser afetados.

7

Noções básicas de microbiologia

Microorganismos:
 Seres vivos de pequenas dimensões, geralmente só observáveis ao microscópio e que se reproduzem muito rapidamente.
 Vírus, Fungos, Parasitas, Bactérias.

A maioria das IACS são provocadas por bactérias:
 • Escherichia coli
 • Staphylococcus aureus
 • Pseudomonas aeruginosa
 • Klebsiella pneumoniae
 • Proteus mirabilis
 • Acinetobacter baumannii
 • Clostridium difficile

8

Noções básicas de microbiologia

Tamanho dos Microrganismos

Fungos 100x
Bactérias 20x
Virus 1x

Fungos

Aspartogonias, Zygomycetes, Basidiomycetes, Ascomycetes

As filias do subreino Fungi são caracterizadas por apresentarem:

1. parede celular à base de quitina;
2. reprodução asexuada por meio de esporangios e reprodução sexuada por meio de zigósporos;
3. reprodução asexuada por meio de esporangios e reprodução sexuada por meio de zigósporos.

Virus

Capsside, Ácido nucleico

Os vírus são seres de forma simplificada. São que são constituídos por um ácido nucleico associado a uma cápsula proteica.

Características:

1. Reprodução obrigatória por meio de células hospedeiras;
2. Tamanho muito pequeno (nanómetros);
3. Ausência de organelos celulares;
4. Ausência de metabolismo próprio.

Bactérias

Bacilos, cocos, Espirilos, Vibrios, Paratuberculose

As bactérias podem ser encontradas em ambientes aquáticos, terrestres e aéreos. São organismos unicelulares e procariontes.

Características:

1. Reprodução asexuada por meio de divisão binária;
2. Tamanho muito pequeno (micrómetros);
3. Presença de organelos celulares;
4. Presença de metabolismo próprio.

9

3P's Prevenção de infeção, Prevenção da lesão, Prevenção da sepse

E SE AS BACTÉRIAS NÃO FOSSEM INVISÍVEIS?

<https://www.youtube.com/watch?v=MBAR2Cg8ID>

10

3P's Prevenção de infeção, Prevenção da lesão, Prevenção da sepse

CADEIA EPIDEMIOLÓGICA

11

Conceitos

Portador	Colonização	Infeção	Contaminação
<ul style="list-style-type: none"> • indivíduo portador de microrganismos, mas que não tem doença; • Pode ser: <ul style="list-style-type: none"> • transitório; • persistente; • persistente (permanentemente ou crónico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicação de microrganismos em locais do corpo sem expressão clínica. A permanência de microrganismos no hospedeiro pode ter duração variável e pode representar uma fonte potencial de transmissão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissão de microrganismos para um hospedeiro, resultando na multiplicação microbiana e iniciação das reações do hospedeiro. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir sinais e sintomas clínicos ou ser subclínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de microrganismos em objetos inanimados. • Presença transitória de microrganismos na superfície do corpo sem invésão de tecido ou reação fisiológica. • Os profissionais de saúde frequentemente expostos à contaminação, mas raramente são vítimas de infeção.

12

Epidemiologia da Infeção: Cadeia epidemiológica

13

Epidemiologia da Infeção: Cadeia epidemiológica

14

Epidemiologia da Infeção: Cadeia epidemiológica

Fonte (ou reservatório) de infeção

Algum ou algo que transporte os microrganismos patogénicos.

Existem muitas fontes diferentes de infeção, as quais podem incluir:

- Pessoas já infectadas ou colonizadas;
- Contacto com sangue, secreções respiratórias, urina, fezes;
- Animais de estimação ou outros animais;
- Alimentos contaminados;
- Superfícies ambientais contaminadas, comumente, "as de toque frequente"

15

Epidemiologia da Infeção: Cadeia epidemiológica

16

Considerações finais

- Para um programa de controlo de infeção ser eficaz é preciso que todos os profissionais conheçam verdadeiros riscos, e as meios mais eficazes e económicos para os minimizar.
- Que cumpram as Precauções Básicas e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão.
- A Prevenção e Controlo de infeção, é responsabilidade de todos e, tem como objetivo, evitar que os microrganismos nocivos tenham acesso, em número significativo, às portas de entrada do hospedeiro suscetível

25

3P's: Prevenção básica, Prevenção da infeção, Promoção da segurança

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

26

Princípios da prevenção e controlo da infeção

Deve assumir-se que todo o utente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos que podem constituir um risco de transmissão cruzada de infeção.

A aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBC) durante a prestação de cuidados é determinada pelo:

- nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente;
- grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

27

Precauções Básicas de Controlo de Infeção

As PBC ajudam a Prevenir e Controlar a Transmissão Cruzada de Microrganismos, a Infeção e a Resistência aos Antimicrobianos

Atividade: Palavras Cruzadas

“Não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”

28

1. COLOCAÇÃO/ISOLAMENTO DOS DOENTES

Utentes com um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco.

Utentes com infeções provocadas por microrganismos multiresistentes devem ser colocados em isolamento e, instituídas as medidas de proteção adequadas a situação.

Deve evitar-se as deslocações do utente.

Garantir a adequada higienização dos equipamentos utilizados pelos utentes.

Minimizar o material e dispositivos médicos na área de isolamento.

29

2. HIGIENE DAS MÃOS

É considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos durante a prestação de cuidados.

30

3. ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Conjunto de medidas individuais a cumprir por todos!

Contenção das secreções respiratórias.

Minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas.

Medidas de ETIQUETA RESPIRATÓRIA:

- cobrir a boca e o nariz ao respirar ou tossir;
- utilizar lenço de uso único e eliminá-lo no contentor de resíduos;
- em alternativa: tossir ou espirar para o cotovelo evitando a contaminação das mãos;
- higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- evitar tocar nos olhos, boca ou nariz;
- fornecer toalhetes aos utentes, recipientes para os colocar, SABA ou acesso a lavatório;
- Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias devem ser facultadas máscaras cirúrgicas a pessoas com sintomas.

31

4. USO ADEQUADO DOS EPI

Os EPI devem proporcionar proteção adequada aos profissionais;

Devem ser utilizados de acordo com o risco associado ao procedimento a realizar;

Os EPI incluem:

- Luvas;
- Aventais;
- Bata;
- Proteção ocular/ facial (óculos ou máscara com visor);
- Máscaras e respiradores;
- Calçado;
- Cobertura de cabelo (touca).

32

5. DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL E EQUIPAMENTO

- O equipamento clínico utilizado nos serviços pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e microrganismos.
- Pode, de forma indireta, contribuir para a transmissão cruzada dos microrganismos.
- Devem ser garantidas as recomendações do fabricante para os procedimentos de descontaminação dos equipamentos.
- Nos procedimentos de limpeza deve-se, identificar a frequência, o método de descontaminação e o responsável pelo procedimento.
- O equipamento clínico é classificado como:
 - Uso único;
 - Uso num único utente;
 - Equipamento reutilizável.

33

6. CONTROLO AMBIENTAL

- Os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza e responsabilidades no processo.
- O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, deve ser removido logo que possível.
- O ambiente de prestação de cuidados:
 - Libre de objetos e equipamentos desnecessários para facilitar a limpeza e em bom estado de conservação.
 - Limpeza regularmente de acordo com as especificações.
 - Utilização de detergente de uso geral e água quente.
 - Nas lações sanitárias devem usar-se produtos mistos (detergentes com desinfetantes).

34

7. MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

- A roupa limpa e acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados e de material levevel.
- Toda a roupa usada deve:
 - Ser considerada como contaminada;
 - Manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento;
 - Quando separada no local de produção, de acordo com as características dos tecidos e respetiva sensibilidade ao calor;
 - Ser depositada de imediato em contentor apropriado e junto do local de produção.
- Os sacos com roupa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 de capacidade. Devem ser colocados num local apropriado e fechado, ao abrigo do calor, bem ventilado e inacessível a crianças e animais.

35

8. RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

- Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, e separados de acordo com os grupos a que pertencem.
- Depois de acondicionados no saco e/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados.
- Sacos de recolha de resíduos e contentores de corte perfurantes, não devem ser cheios até mais de 2/3, para garantir um encerramento seguro.
- Os contentores de resíduos devem manter-se fechados.
- Os contentores reutilizáveis e com sacos a formar o interior, devem ser facilmente higienizáveis e manuseados limpos. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

36

9. PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

- Área de responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros e médicos.
- Na administração de injetáveis deve-se assegurar técnica asséptica para evitar a contaminação do material.

37

10. EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO

- O risco de exposição a agentes microbianos transmitidos pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais estão sujeitos.
- Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrência a uma exposição significativa.
- Considera-se exposição significativa:
 - traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
 - exposição de feridas ou outras lesões da pele;
 - exposição de mucosas (incluindo a ocular) a sujidade de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.

38



39

Considerações finais

- As PBCI são compostas por 10 componentes.
- Devem ser adotadas em todas as situações e garantir todos os procedimentos de risco.
- Não existem unidades de risco mas sim procedimentos de risco.
- As PBCI são a prática correta que garantem a segurança dos utentes e profissionais.
- A falta de tempo não pode justificar não serem aplicadas.
- As PBCI não são um acréscimo ao trabalho.

40

HIGIENE DAS MÃOS

41

Higiene das mãos

- "A Higiene das Mãos protege-nos de várias infeções transmissíveis na Comunidade e por ser uma medida tão importante, é preciso mantê-la sempre, para além da pandemia."
- "É uma medida do presente, mas também do futuro, para prevenção da doença, promoção da saúde e melhoria da literacia dos Cidadãos!"

42

Como estão as nossas mãos?

Como avaliar a higiene das nossas mãos:

- Observação direta
- ATP
 - Tecnologia que deteta a presença e avalia a carga de matéria orgânica microbiana presente na superfície;
- Luz ultravioleta

43

Higiene das Mãos

Prestação de Cuidados

Sucessão de procedimentos durante os quais as mãos do profissional tocam no utente, nos fluidos orgânicos, nos objetos ou superfícies do seu meio envolvente e do ambiente de prestação de cuidados.

Cada contacto é uma fonte potencial de contaminação das mãos dos profissionais.

As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de microorganismos associados às IACS.

44

Higiene das Mãos

Porque devemos manter as mãos limpas?

- para proteger o utente de microrganismos prejudiciais transportados pelas mãos ou presentes na pele do utente.
- para proteger a profissional e o ambiente envolvente dos microrganismos prejudiciais.

"Regras de ouro" para a higiene das mãos

- Deve ser efetuado onde se está a prestar cuidados ao utente (no local de prestação de cuidados).
- Durante a prestação existem 5 momentos em que é essencial proceder à higiene das mãos.
- Para a higiene das mãos deve-se utilizar preferencialmente a fricção com Solução Antisséptica Base Alcohólica (SABA)
- Porquê? É mais acessível no local de prestação de cuidados, é mais rápida, mais efetiva e é melhor tolerada.
- Deve-se lavar as mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.
- Deve-se seguir a técnica adequada e a duração indicada.

45

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS

SOLUÇÕES QUE SALVAM VIDAS LAVAR AS MÃOS!

1. ANTES DE CONTACTO COM O UTENTE
2. ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS
3. ANTES DE CONTACTO COM FLUIDOS ORGÂNICOS
4. APÓS CONTACTO COM O UTENTE
5. APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO UTENTE

<https://info.3m.com/5momentosna/pt/pt.html>

46

Porquê dos 5 Momentos

1	Antes do contacto com o utente	Porquê?	Para proteger o utente de microrganismos que transportamos nas mãos
2	Antes de procedimentos limpos ou assépticos	Porquê?	Para proteger o utente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos de sua própria flora
3	Após risco de exposição a fluidos orgânicos	Porquê?	Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do utente
4	Após contacto com o utente	Porquê?	Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do utente
5	Após contacto com o ambiente envolvente	Porquê?	Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do utente

47

Higiene das Mãos para além dos 5 momentos...outras indicações

- Mãos visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Antes da administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos;
- Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;
- Antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a Higiene das Mãos;
- Após remoção de luvas estéreis ou não estéreis;
- Após utilização das instalações sanitárias.

48

Higiene das Mãos... Medidas Gerais

- Remover a jaqueta (protegendo o rosto) e adorno das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho; lavar mangas, caxias ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima;
- Manter as unhas naturais, curtas e limpas. Não usar unhas artificiais nos cuidados diretos aos utentes;
- Não usar verniz, gel, gelinho ou outros produtos nas unhas na prestação de cuidados;
- Usar técnica oclusiva com percas impermeáveis nas feridas ou abrasões de pele;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger: Atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho; e, secar bem as mãos;
- Não usar de forma simultânea ou sequencial, uma solução antisséptica seguida do sabão antimicrobiano, seguido de SABA;
- Hidratat a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno;

49

Higiene das Mãos... Lavagem e Fricção

SEGUNDOS QUE SALVAM VIDAS — LAVE AS SUAS MÃOS!

Higiene das mãos com Lavagem Fricção

A fricção alcohólica é mais efectiva

50

Higiene das Mãos - Técnicas

Face dorsal Face palmar

- Áreas geralmente mal lavadas (red)
- Áreas por serem mal lavadas (blue)
- Áreas geralmente bem lavadas (orange)

51

Higiene das Mãos

Hand Washing

52

3P's: Prevenção básica, Prevenção de infeção, Prevenção da segurança

SESSÃO PRÁTICA DE SIMULAÇÃO HIGIENE DAS MÃOS

Como estão as nossas mãos?

53

Higiene das Mãos... Indicadores de sucesso e ganhos em saúde

Melhorias nas estruturas de HM e de controlo de infeção e aumento do uso de produtos para a HM

Melhorias na perceção, conhecimentos e da ADESÃO dos profissionais à HM;

Diminuição da taxa de IACS;

Controlo das resistências aos antimicrobianos

medidas simples salvam vidas

54

Higiene das Mãos

SEGUNDOS QUE SALVAM VIDAS — LAVE AS SUAS MÃOS!

55

3P's: Prevenção básica, Prevenção de infeção, Prevenção da segurança

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

56

Equipamento de Proteção Individual

Variedade de barreiras protetoras usadas, sozinhas ou em conjunto, com o objetivo de proteger as mucosas, pele e a roupa do contacto com agentes infecciosos.

Os EPI incluem luvas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras, aventais e batas.

A utilização de EPI proporciona proteção adequada aos profissionais, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos utentes e visitantes em circunstâncias específicas.

Os EPI devem:

- Disponíveis perto do local de utilização;
- acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação (cumprir os prazos de validade);
- ser de uso único, e não ser que o fabricante especifique o contrário;
- os artigos reutilizáveis, deve existir programa de descontaminação estabelecido e a responsabilidade do seu cumprimento.

57

Equipamento de Proteção Individual

É responsabilidade de cada profissional selecionar as barreiras protetoras mais apropriadas em função do contacto previsto!

Para quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada de infeção é necessário:

- Adequar as barreiras protetoras aos procedimentos.
- Cumprir as regras de **COLOCAÇÃO E REMOÇÃO**:
 - remover imediatamente após os procedimentos e junto do utente;
 - não passar com as barreiras de proteção de um utente para outro;
 - e entre procedimentos assépticos/limpos e sujos, no mesmo utente.
- Formar e treinar os profissionais e educar os utentes e visitantes para a seleção das barreiras, colocação e remoção, a qual é fundamental do ponto de vista da prevenção e controlo da transmissão cruzada de infeção.

58

EPI... quando utilizar

Aventais	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos que envolvam contacto direto com o utente; • Proteção dos uniformes/roupa quando se encontra próximo a contaminação; • Substituir no final do procedimento e entre utentes.
Batas de manga comprida	<ul style="list-style-type: none"> • Quando existe risco associado de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos; • As batas devem ser de material impermeável; • Substituir no final do procedimento e entre utentes.
Touca ou cobertura de cabelo	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo; • Usada nos áreas particulares, como as salas de parto ou durante determinados procedimentos e situações.
Proteção ocular/facial	<ul style="list-style-type: none"> • Quando existe risco de projeção de líquidos orgânicos para a face e nos procedimentos geradores de aerosóis (ventilação mecânica, RCA, utilização de unidades respiratórias, cultura de amostras respiratórias por aspiração, aspiração orofaríngea de secreções ou intubação de traqueia); • Os óculos devem cobrir todo o contacto ocular adequado.
Calçado	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser de uso exclusivo, antiderrapante, fechado e de baixo.

59

EPI: Máscaras e Respiradores

Máscaras cirúrgicas: devem ser usadas na proteção de cuidadores e visitantes de utentes, fora de áreas COVID-19, desde que não sejam efetuados procedimentos geradores de aerosóis.

Respirador FFP1: Adicionalmente máscara cirúrgica na proteção de cuidadores diretos com doentes e visitantes e visitas, fora de áreas COVID-19, desde que não sejam efetuados procedimentos geradores de aerosóis.

Respirador FFP2 ou FFP3: deve ser usado sempre que se efetuarem procedimentos geradores de aerosóis, em áreas de quarto ou centro de tratamento COVID-19, para prestar cuidados diretos.

Respirador FFP3: pode ser usado em procedimentos geradores de aerosóis de alto risco elevado.

Respirador classe FFP (EU-GM)	Limite de penetração de filtração (base de ar de 0,1 µm)	Fuga de ar para o exterior	Expiração de respirador classe FFP (partículas)
FFP1	Filtra pelo menos 80% das partículas em suspensão no ar	+ 2,5%	Não filtra pelo menos 50% de partículas no ar
FFP2	Filtra pelo menos 94% das partículas em suspensão no ar	+ 2,5%	Não
FFP3	Filtra pelo menos 99,95% das partículas em suspensão no ar	+ 2,5%	Não

60

EPI: LUVAS

Devem proporcionar proteção adequada aos profissionais, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar:

Quando utilizar: Deve ser utilizado a que se destinam.

Quando mudar: Usadas quando se encontra e expõe a língua ou outros fluidos orgânicos. Não se deve mudar entre os locais de utilização nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (por exemplo, substituição, se há perfuração de túmulo).

Como retirar: Remoção imediatamente após o uso em cada utente e/ou após o procedimento se não são de utilização única de entrega individualizada que têm de ser descartadas imediatamente. Na remoção de luvas, devem ser usadas luvas de proteção (gloves, "glove within glove").

Como descartar: No tempo adequado das luvas devem ser utilizadas luvas de descartar de uso único ou de utilização única de entrega individualizada que têm de ser descartadas imediatamente.

61

EPI: LUVAS

Avaliação do risco sobre o uso adequado e tipo de luvas:

- A natureza do tarefa;
- A possibilidade de contacto com fluidos orgânicos;
- A necessidade (ou não) de isolamento de contacto;
- A necessidade de técnica asséptica; luvas esterilizadas/não esterilizadas;
- Disponibilidade de álcool ao lavar as mãos e profissionais;
- Usar uso de luvas com pó pelo risco de aerosolização.

Nas indicações críticas para o uso de luvas:

- Usadas quando se prevê contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Contacto de materiais de barreira, no âmbito de isolamento de contacto, como forma de diminuir a contaminação das mãos por microorganismos.

As luvas de uso único não esterilizadas devem ser usar:

- Exposição direta ao utente;
- Contacto com sangue, membranas mucosas e/ou pele não íntegras, presença presença de feridas/lesões, lacerações e exposição de dentes e cáries de língua e dentes, língua e/ou e gengivas;
- Exposição indireta ao utente;
- Tratamento de recipientes de fluidos orgânicos, manutenção e limpeza de instrumentos, manipulação de amostras, amostragem e reagentes, limpeza de fluidos orgânicos.

62

EPI: LUVAS

NÃO DEVEM SER USADAS LUVAS:

- Exposição direta ao utente (exemplos):
 - Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso;
 - Administração de vacinas e outros injetáveis (luvas substituídas ou intramucosas);
 - Cuidados de Higiene (usar manípulo de talco ou forrada), conforto e de apoio ao utente;
 - Auscultação e palpação do utente.
- Exposição indireta ao utente (exemplos):
 - Administração de medicamentos via oral;
 - Distribuição e recolha de tabuleiros de refeição;
 - Remoção e mudança de roupa de cama;
 - Colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e câmaras de oxigénio;
 - Transporte de utentes.

63

EPI: LUVAS

- A utilização de luvas não substitui a higienização das mãos: lavar SEMPRE as mãos antes e após colocar um par de luvas.
- As luvas NÃO PROTEGEM os profissionais, contra os acidentes por picada ou corte, causados por objetos cortantes/perfurantes ou punções acidentais.
- Cumprir rigorosamente os medidas de proteção, ao manusear agulhas, lâminas de bisturi e do bisturi, bisturus ou outros objetos cortantes/perfurantes.
- Em caso de alergia às luvas: tirar todo do pele, solicitar avaliação médica ao serviço de higiene, saúde e segurança do trabalho e comunicar a marca e material das luvas, se não pô e guardar uma luva do lote para avaliação posterior;
- Os profissionais com alergia a látex devem ter acesso a luvas confeccionadas de material sintético, não alérgicas;
- No caso de serem usadas luvas de látex, não devem ser utilizadas cremas hidratantes de mãos à base de óleo, uma vez que não são compatíveis com o látex (devem ser à base de água).

64

Pergunte a si mesmo!

1. Invi tocar diretamente no utente, ou invi manusear materiais contaminados e nas superfícies?
2. Há o risco potencial de derrames ou salpicos de sangue/outra matéria orgânica?
3. O utente está com tosse, a espirrar, com secreções, a vomitar?
4. O utente está com diarreia?

65

Sequência da Colocação do EPI

Higiene das mãos Antes da colocação

A colocação é feita fora do quarto de isolamento, o profissional deve:

- Garantir a sua hidratação
- Amarrar o cabelo;
- Remover adornos;
- Confirmar se o EPI é o correto.

66

Colocação Bata

- 1º • Selecionar a bata apropriada
- 2º • Afastar pela parte posterior
- 3º • Vista apertando os atilhos atrás

67

Colocação Máscara e Respirador

Máscara

- 1º • Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo
- 2º • Ajuste a parte superior ao nariz
- 3º • Segure na cabeça com os atilhos ou elásticos e ajuste

Respirador

- 1º • Selecionar o respirador e coloque sobre o nariz, boca e queixo
- 2º • Ajuste a parte superior ao nariz
- 3º • Segure a cabeça com os elásticos

Verifique se está bem colocado:

- Insalar – o respirador deve colar-se
- Testar – verificar se existem fugas de ar em redor da face

68

Colocação Proteção Ocular/facial

- 1º • Posicionar os óculos sobre os olhos e segurá-los nas orelhas ou usar atilhos
- 2º • Posicione a proteção facial sobre a face e segure-a com os atilhos
- 3º • Ajuste até que se sinta confortável

69

Colocação Luvas

- 1º • Selecionar o tipo e tamanho de luvas adequado
- 2º • Insira os dedos nas luvas
- 3º • Puxe as luvas até prender o punho da bata

70

Sequência da Remoção do EPI

O EPI deve ser removido numa ordem que minimize o potencial de contaminação cruzada!

71

Remoção Luvas

- 1º • Pegue no bordo da luva, junto ao punho. Retire da mão, virando de dentro para fora. Segure com a mão oposta.
- 2º • Meia o dedo da mão sem luva por debaixo de outra luva e remova-a. Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas.
- 3º • Descarte as luvas para contentor apropriado

72

Remoção Bata

- Desapeste alfinetes
- Puxe a bata pelos ombros.
- Enrole a bata de dentro para fora e descarte para o contêiner adequado.

73

Remoção Proteção Ocular/facial

- Retirar os óculos e proteção facial sem luvas.
- Afastar da face
- Coloque em local apropriado para reprocessar ou eliminar

74

Remoção Máscara e Respirador

Máscara

- Desapeste alfinetes de trás, depois o de cima
- Retire da face
- Eliminar

Respirador

- Levante o elástico do fundo sobre o de cima
- Retirar da face e elimine
- Retirar da face e eliminar

75

EPI: Contacto com utente COVID-19

Ordem de Colocação	Ordem de Remoção
1. Higiene das mãos	1. Proteção de calçado
2. Proteção de calçado	2. Luvas
3. Higiene das mãos	3. Higiene das mãos
4. Bata	4. Bata
5. Máscara FFP2	5. Proteção ocular (óculos ou máscara com viseira)
6. Touca	6. Touca
7. Proteção ocular (óculos ou máscara com viseira)	5. Higiene das mãos
8. Higiene das mãos	6. Respirador FFP2 Fora do quarto
9. Luvas	7. Higiene das mãos

76

3P's Precações básicas
Prevenção da infeção
Prevenção da segurança

SESSÃO PRÁTICA DE SIMULAÇÃO DE COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DO EPI

<https://www.youtube.com/watch?v=1u80Vj6wUw>

77

3P's Precações básicas
Prevenção da infeção
Prevenção da segurança

ISOLAMENTO DE UTENTES PRECAUÇÕES BASEADAS NA VIA DE TRANSMISSÃO

78

Isolamento

É o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão dos microrganismos:

- De um utente para outro;
- De utentes para os prestadores de cuidados;
- Os prestadores de cuidados para os utentes.

O cumprimento das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.

Há dois tipos de isolamento:

- Preventivo: isolamento estabelecido para proteger das infeções um utente com imunidade comprometida.
- De contenção: para prevenir a transmissão de microrganismos.

- Precações baseadas na via de transmissão (PVT)

Precações de Proteção
Devem ser a proteger o utente Quanto individualmente

79

Precações de Proteção

ISOLAMENTO PREVENTIVO

ANTES DE ENTRAR

ANTES DE SAIR

O profissional deve supervisionar o cumprimento das medidas preventivas.

80

Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT)

- São medidas adicionais às PBC, devem ser aplicadas para além daquelas mas não as substituem!
- Devem ser implementadas quando existe suspeita ou confirmação de doença infecciosa ou na presença de microrganismo multiresistente.
- As barreiras de proteção: máscaras, óculos, luvas, óculos e outras, devem ser usadas criteriosamente para evitar falsas seguranças e custos desnecessários.
- As entradas no quarto e a circulação do utente devem ser restringidas ao estritamente necessário.
- Deve ser feito ensino ao utente e às visitas sobre as medidas de prevenção a adotar.

81

Isolamento de Contenção

Existem 3 tipos de Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT):

- Contacto**
- Gotículas**
- Via Aérea**

PBVT de Contacto
Quarto isolado; Luvas (de uso de luvas entre profissionais no mesmo quarto); Avental/Bata; Equipamento (como inclinação do colchão, que deverá ser desativado após a alta) e transporte do utente.

PBVT por Gotículas
Profissionalmente o utente deve estar em quarto isolado, se não for possível, utilizar a máscara superior a 1 metro; Máscara/óculos.

PBVT por Via Aérea
Quarto isolado de pressão com pressão negativa; Não se quer sempre fechada; Manter com alta capacidade de filtração.

82

PBVT e os microrganismos

83

PBVT - Contacto

ISOLAMENTO CONTACTO

ANTES DE ENTRAR (PROFISSIONAL)

ANTES DE SAIR (PROFISSIONAL)

ANTES DE ENTRAR (VISTA)

ANTES DE SAIR (VISTA)

O profissional deve supervisionar o cumprimento das medidas propostas.

84

PBVT - Gotículas

ISOLAMENTO POR TRANSMISSÃO DE GOTÍCULAS

ANTES DE ENTRAR (PROFISSIONAL)

ANTES DE SAIR (PROFISSIONAL)

ANTES DE ENTRAR (VISTA)

ANTES DE SAIR (VISTA)

O profissional deve supervisionar o cumprimento das medidas propostas.

85

PBVT - Via Aérea

ISOLAMENTO POR VIA AÉREA

ANTES DE ENTRAR (PROFISSIONAL)

ANTES DE SAIR (PROFISSIONAL E VISTA)

DEPOIS DE SAIR (PROFISSIONAL E VISTA)

O profissional deve supervisionar o cumprimento das medidas propostas.

86

Nos isolamentos não esquecer!

- A preparação e a reposição de material deve ser adequada às necessidades diárias;
- Reduzir os dispositivos médicos e os equipamentos a colocar no isolamento ao mínimo indispensável;
- Garantir os procedimentos de limpeza diária adequados e na limpeza terminal, após o período de isolamento;
- Assegurar a correta descontaminação dos equipamentos médicos;
- Eliminação correta dos resíduos e dispositivos médicos.

87

3P's
Prevenção básica
Prevenção de infeção
Prevenção da segurança

LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

CONTROLO AMBIENTAL

88

Implementação de Programas

A implementação de programas que permitam melhorar a:

- Higiene das mãos
- Correta prescrição de antibióticos
- **Higiene ambiental adequada e rigorosa**

Reduzem em 85% as consequências para a saúde das Resistências aos Antimicrobianos (RAM) e permitem o crescimento económico em 0,7 euros per capita per ano.

A Higiene das mãos e a Higiene ambiental em unidades de saúde:

- São as intervenções com maiores ganhos económicos
- A sua aplicação permite reduzir em mais de metade o risco de morrer como resultado de infeções com microrganismos multiresistentes
- Diminuem, a longo prazo, o risco de complicações em pelo menos 40%.

Fonte: WHO (2014). Antimicrobial resistance: global access to essential medicines. WHO/ECDC Joint Fact Sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

89

Conceitos

Material contaminado – material com matéria orgânica, microrganismos ou outras substâncias inorgânicas indesejáveis, como pó, resíduos químicos...

Descontaminação – destruição ou remoção da contaminação microbiana de modo a tornar o material seguro para ser utilizado.

Estérilização – procedimento físico (calor húmido ou seco) e/ou químico, através do qual se consegue destruir toda a flora microbiana (limpeza rigorosa antes de serem reprocessados).

Limpeza – processo físico de remoção da sujidade através da ação mecânica usando água e sabão ou detergente; remove cerca de 80% dos microrganismos. É essencial na desinfeção do equipamento (facilita a ação do desinfetante).

90

Desinfetantes e Antissépticos

Desinfetantes

- Substância química capaz de eliminar por ação direta os microrganismos, usada em materiais inertes
- Descontaminação de Dispositivos Médicos
- Desinfeção de Superfícies e Ambiente

Antissépticos

- Substância química de aplicação tópica sobre os tecidos vivos (pele intacta, feridas, mucosas), que destrói ou inibe os microrganismos, sem afetar os restantes tecidos em volta
- Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) – preparação de base alcoólica para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou reduzir temporariamente o crescimento de microrganismos
- Higiene das mãos
- Higiene, limpeza a assepsia da pele

91

Medidas de Higiene e Controlo Ambiental

Medidas Higiénicas e de Desinfeção

Efectuadas de forma metódica e diária

Superfícies e equipamentos em contacto ou próximos ao utente

Imediata em derramamento de matéria orgânica

Rigorosa do ambiente com água e sabão

Sistemática dos reservatórios de água e das torneiras.

Monitorização

Soluções desinfetantes, anti-sépticos, detergentes

Monitorização e troca de filtros de ar condicionado

Controlo microbiológico da água

Definição de situações de utilização de água de torneira ou água esteril

92

Medidas de Higiene e Controlo Ambiental

LIMPEZA

Processo em que se usa detergente e água para remover sujidade e alguns microrganismos.

A limpeza deve preceder a desinfeção.

Fade ser: imediato; concorrente; consecução; terminal

HIGIENIZAÇÃO

Processo em que se usam químicos para reduzir os microrganismos, prevenindo a transmissão de doença.

Solução de laviva para superfícies e pavimentos. Alcool a 70% para superfícies metálicas ou não compatíveis com a laviva.

A desinfeção não substitui a limpeza, mas sim quando o produto finaliza (detergente com desinfetante)

DESCONTAMINAÇÃO

Processo que se realiza após a higienização das superfícies e visa tornar mais seguro todo o ambiente, eliminando o risco de contaminação

A eficácia dos procedimentos depende:

- Limpeza prévia e tempo de contacto;
- Temperatura (mais elevada é mais eficaz, assegurar a estabilidade);
- Concentração e pH (respeitar as indicações de diluição)

93

Higienização de Dispositivos Médicos

Descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada:

- após contaminação com sangue e fluidos orgânicos;
- após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza;

Arrastadeiras, urinóis e de bacias de higiene:

- Idealmente na máquina de lavagem e desinfeção térmica (80-90°C)
- Lavagem manual com água quente e detergente seguida de desinfeção com solução de laviva ou outro desinfetante apropriado (deixar atuar de acordo com as orientações do fabricante). Enxaguar em água corrente bem quente e rotacionar a escorrer, ao ar.

Procedimento de lavagem aplica-se às ajudas técnicas: cadeiras sanitárias, cadeiras de rodas, maca-banheira, etc

94

Controlo Ambiental

Os padrões de limpeza, frequência e responsabilidades permanecerão definidos.

Os horários de limpeza garantem que nenhuma área ou item não é deixado ao prazo de limpeza de rotina.

Os princípios e procedimentos de limpeza estão integrados nas PSCI

Atenção à limpeza de superfícies com "vírus envelopados de toque" para controlar os microrganismos multiresistentes;

A limpeza e desinfeção devem ser feitas a mais rapidamente possível após a utilização do material e equipamento a ser compatível com o equipamento e de acordo com as recomendações dos fabricantes.

O chão e as superfícies que não entram em diretamente com o utente não necessitam de aplicação de desinfetantes sendo suficiente a sua limpeza com água quente e detergente.

Não utilizar diretamente o espaço de saída ou descumprimento de saída sobre o domínio de outra, porque a rapidez e a amplitude de análise e o caso ilustra-se, vapores irritantes tóxicos de cloro de amónio, prejudiciais para os profissionais.

95

Controlo Ambiental: considerações gerais

AVISO
FECHADO
PARA LIMPEZA.

- Definir o plano de limpeza e afaz-lo em local visível;
- Verificar detergentes, desinfetantes, diluições e tempos de contacto;
- Utilizar sempre limpeza húmida;
- Limpar de cima para baixo e de fora para dentro;
- Registrar data e hora da limpeza;
- Identificar a zona de limpeza e evitar a entrada durante a tarefa.
- Materiais de limpeza distintos (de uso exclusivo): panos, baldes e esfregões;
- Panos de limpeza de uso único e descartáveis (usar e descartar). Para reutilizar, devem ser desinfectados (solução diluída de laviva - 10 minutos) (microfibras podem ser desinfectados por lavagem: >80°C/30min);
- Balde e esfregão do chão são reutilizáveis, caso seja garantida a sua limpeza e desinfeção no final de cada utilização (solução diluída de laviva - 10 minutos).

96

Microrganismos: Sobrevivência e contaminação de superfícies

Microrganismo	Tempo de sobrevivência
Acinetobacter spp.	3 dias - 3 meses
Clostridium difficile	5 meses - 1 ano (espores) 18 dias - 3 hrs. forma vegetativa
Enterococcus (incl. VRE)	5 dias - 4 meses
Legionella pneumophila	3 dias - 2 meses
Streptococcus pneumoniae (incl. MRSA)	7 dias - 7 meses
Propagador de vírus (PRV)	1,1 semana
Níveis de imunofluorescência bacteriana (IFB)	2-4 dias
Neisseria	8 hrs - 7 dias

Contaminação Ambiental: MRSA em fezes de doentes com diarreia

- Grades de cama: 100%
- Aparelho de PA: 88%
- Controle remoto de TV: 75%
- Mesa de cabeceira: 63%
- Sanita : 63%

“Locais de toque frequente”

Gracia J Hosp Infect 2007;8:50-54. *Danger Infection in hospital 2007*

97

Higienização de Superfícies

Limpeza de rotina
 Limpeza regular: realizada imediatamente após detetar ou salpicos de Fluidos orgânicos, para conter a disseminação ambiental.
 Limpeza concorrente: realizada diariamente com o propósito de limpar e organizar o ambiente. Inclui a deteção de deficiências no funcionamento do mobiliário e equipamentos.

Limpeza de conservação
 Limpeza não diária (frequência semanal, mensal, trimestral ou anual de acordo com a criticidade), adicional à limpeza corrente, que contribui para a manutenção das estruturas arquitetónicas.

Limpeza terminal
 Limpeza de unidade do utente após a alta, transferência ou óbito. Corresponde a uma limpeza mais aprofundada das estruturas e equipamentos. A unidade estará disponível logo após a higienização.

98

Desinfecção de Superfícies e Instalações Sanitárias

1. Preparar a solução de lavão (hipoclorito de sódio) com concentração original de 5% ou mais de cloro livre.
 - A lavão deve ser diluído na altura de utilizar.
 - A solução diluída deve ser a 0,2%, na proporção de 1 parte de lavão para 49 partes iguais de água.
2. Lavar primeiro as superfícies com água e detergente;
3. Em seguida, espalhar uniformemente a solução de lavão nas superfícies;
4. Deixar atuar a lavão nas superfícies durante pelo menos 10 minutos;
5. Enxaguar as superfícies só com água quente;
6. Deixar secar ao ar.

99

Desinfecção de Superfícies Derrames e salpicos

Não limpar e desinfecção das superfícies de áreas que contenham sangue ou outros produtos orgânicos (vômito, urina, fezes).

Aplicar de seguida a solução de lavão na diluição de 1 parte de lavão em 4 partes iguais de água;

Lavar a área só com água e detergente comum;

Observar a mais possível o detente com papel absorvente para não espalhar os líquidos;

Deixar atuar durante pelo menos 10 minutos;

Enxaguar só com água e deixar secar ao ar.

100

Avaliação da Limpeza

- Observação direta
- Recurso a luz ultravioleta
- Bioluminescência: Adenosine Tri-Phosphate (ATP)
 - Está presente em todos os materiais orgânicos;
 - Quando os microrganismos se alimentam, aproveitam combustível (o ATP) para as funções celulares;
 - Presença de ATP:
 - Vida (microrganismos ou homem)
 - Fonte de nutrientes que mantêm a vida (alimento)
 - Ausência de ATP:
 - ausência de vida ou fonte de alimento
 - significa que a superfície pode estar biologicamente limpa

101

SESSÃO PRÁTICA DE SIMULAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE SUPERFÍCIES

3P's Precauções básicas
Prevenção da infeção
Promoção da segurança

Projeto de Intervenção Comunitária

102

3P's Precauções básicas
Prevenção da infeção
Promoção da segurança

Projeto de Intervenção Comunitária

Obrigada pela Atenção!!!

103

Universidade Católica Portuguesa
 Instituto de Enfermagem
 Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

3P's Precauções básicas
Prevenção da infeção
Promoção da segurança

Projeto de Intervenção Comunitária

Responsável: Lilian Maria Soares
 Coordenadora: Cláudia Silveira Espírito Santo Marques
 Membros: Mariana Pinheiro, Inês Cidália Teófilo

104

APÊNDICE XII – Planos de sessão



PLANO DE SESSÃO – 1.º DIA

Módulo: Prevenção e Controlo de Infeção (1.º dia)

Duração total do Curso de Formação: 6 horas

Sessão n.º:	1	Data:	29/11/2022 e 06/12/22	Duração:	3 horas	Formador:	Liliana Martins Casimiro
-------------	---	-------	-----------------------	----------	---------	-----------	--------------------------

Destinatários	Ajudantes de Ação Direta.
Objetivos (s) Específico (s)	Promover o conhecimento nas Ajudantes de Ação Direta em conteúdos sobre prevenção e controlo de infeção.
Objetivos Operacionais da Sessão	<p>No final da formação os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enunciar as componentes que constituem as Precauções Básicas de Prevenção de Infeção (PBCI); • Compreender a importância das PBCI; • Praticar a técnica de lavagem das mãos; • Demonstrar a correta técnica de fricção das mãos; • Identificar o tempo mínimo de utilização da Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA); • Enumerar os cinco momentos de higiene das mãos preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); • Recordar as principais infeções existentes nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI); • Interpretar as mensagens chave apresentadas nos vídeos didáticos;

Etapas Da Sessão	Conteúdos Programáticos Propostos	Atividades pedagógicas propostas	Métodos e técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Duração
Introdução	<p>Apresentação dos conteúdos a abordar no curso de formação:</p> <p>1.º Dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS); • Cadeia Epidemiológica; • Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI); • Higiene das Mãos (HM). <p>2.º Dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de Proteção Individual (EPI); • Isolamento e Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT); 	<p>Apresentação da formadora</p> <p>Distribuição da pasta para os formandos constituída por: 2 folhas com logotipo do projeto; canetas; sopa de letras.</p> <p>Apresentação do objetivo geral da formação</p> <p>Realização de trabalho de grupo (2 elementos) com atividade “sopa de letras” (5 minutos para elaboração e 2 minutos para correção e esclarecimentos de dúvidas)</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Grupo 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Pastas <input checked="" type="checkbox"/> Canetas <input checked="" type="checkbox"/> Folhas apoio <input checked="" type="checkbox"/> Sopa Letras 	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica	15 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e Controlo Ambiental. <p>Apresentação do objetivo geral;</p>					
Desenvolvimento	<p>IACS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade, qualidade de vida e elevados custos económicos e sociais. • Importância da adoção de medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção. • Impacto das IACS nos idosos e nas ERPI's. • Conceito de microrganismo. • Diferenças gerais entre os microrganismos (tamanho e capacidade de sobrevivência). • Principais microrganismos causadores das IACS. 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A existência de uma IACS aumenta o risco de complicações clínicas para o utente? • O ambiente (ar, água, superfícies inertes) é a principal fonte de bactérias responsáveis pelas IACS? • Nas ERPI's quais são as principais IACS? • Qual o microrganismo que apresenta o tamanho mais pequeno? <p>Visualização de vídeo "E se as bactérias não fossem invisíveis?" (1'30).</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Grupo <input checked="" type="checkbox"/> Outra 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Colunas <input checked="" type="checkbox"/> Palavras cruzadas 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica 	15 min
	<p>CADEIA EPIDEMIOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceitos: Portador; Infeção; Colonização; Contaminação. • Elos da cadeia: Fonte ou reservatório; Porta de saída; Via de transmissão; Porta de entrada; Indivíduo suscetível. • Elementos para quebrar a cadeia epidemiológica: contenção na fonte; bloqueio das vias de transmissão e proteção do hospedeiro. 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguem identificar 3 portas de entrada para os microrganismos? <p>Entrega de marcador plastificado "Cadeia Epidemiológica" para reforço dos conteúdos ministrados.</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Outra 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Marcador 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica 	10 min
	<p>PBCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importância das PBCI; • Âmbito de abrangência da aplicação das PBCI; • As 10 componentes que constituem as PBCI: Isolamento de doentes; Higiene das Mãos; Etiqueta respiratória; Uso adequado de EPI; Descontaminação de material e equipamento; Controlo ambiental; Manuseamento seguro de roupa; Recolha segura de resíduos; Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; Exposição de risco no local de trabalho. • Dados sobre as auditorias às PBCI; • Considerações finais. 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantas são as componentes das PBCI? • Qual das componentes das PBCI é a mais importante? <p>Realização de trabalho de grupo (4 elementos) para elaboração de palavras cruzadas (10 para resolução e 5 min para correção).</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Outra 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Palavras cruzadas 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica 	35 min

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

	<p>Higiene das Mãos (HM): Importância da HM; Formas de avaliação da HM: Observação direta; Luz ultravioleta e ATP; As mãos como veículo mais comum de transmissão cruzada nas IACS; Modelo da OMS, os cinco momentos para a HM; Justificação dos 5 momentos Outras indicações para a HM; Diferenças na eficácia da lavagem das mãos e na fricção; Técnicas de HM: Lavagem com água e sabão e Fricção antissépticas das mãos; Identificação dos pontos críticos da lavagem das mãos; Considerações finais</p>	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo: • Jogo didático on-line para seleção adequada da técnica de HM perante as situações clínicas. Visualização de vídeo com demonstração da técnica de lavagem das mãos. Simulação de lavagem das mãos com luvas e guaches; Realização da fricção antisséptica seguida de verificação da eficácia da técnica com recurso à luz ultravioleta. Entrega de marcador plastificado “Higiene das Mãos” para reforço dos conteúdos ministrados.</p>	<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Brainstorming <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Grupo</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Colunas <input checked="" type="checkbox"/> Cronometro <input checked="" type="checkbox"/> Luvas <input checked="" type="checkbox"/> Guaches diversos <input checked="" type="checkbox"/> Câmara filmar <input checked="" type="checkbox"/> Toalhas <input checked="" type="checkbox"/> Saco lixo <input checked="" type="checkbox"/> Luz ultravioleta <input checked="" type="checkbox"/> SABA <input checked="" type="checkbox"/> Marcador</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica</p>	<p>1 hora e 15 min</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Reforço das mensagens chaves referidas nas considerações finais apresentadas ao longo da apresentação dos temas no desenvolvimento.</p>		<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Outra</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável</p>	<p>15 min</p>



PLANO DE SESSÃO – 2.º DIA

Módulo: Prevenção e Controlo de Infeção (2.º dia)

Duração total do Curso de Formação: 6 horas

Sessão n.º:	2	Data:	30/11/2022 e 07/12/22	Duração:	3 horas	Formador:	Liliana Martins Casimiro
-------------	---	-------	-----------------------	----------	---------	-----------	--------------------------

Destinatários	Ajudantes de Ação Direta.
Objetivos (s) Específico (s)	Promover o conhecimento nas Ajudantes de Ação Direta em conteúdos sobre prevenção e controlo de infeção.
Objetivos Operacionais da Sessão	<p>No final da formação os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os diferentes tipos de EPI; • Demonstrar a técnica de colocação do EPI; • Demonstrar a técnica de remoção do EPI; • Recordar as recomendações corretas para o uso de luvas; • Compreender a importância das Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT); • Recordar os tipos de PBVT para preconizados para as situações de infeção por Clostridium, Escabiose e MRSA; • Descrever os princípios gerais da limpeza em conteúdo ERPI's; • Explicar os procedimentos para remoção de salpicos e derrames; • Interpretar as mensagens chave apresentadas nos vídeos didáticos;

Etapas Da Sessão	Conteúdos Programáticos Propostos	Atividades pedagógicas propostas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Duração
Introdução	<p>Breve revisão dos conteúdos abordados no 1.ª dia</p> <p>Apresentação dos conteúdos a abordar no curso de formação: 2.º Dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de Proteção Individual (EPI); • Isolamento e Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT); • Limpeza e Controlo Ambiental. 	<p>Esclarecimento de dúvidas sobre as temáticas do dia anterior</p> <p>Apresentação dos conteúdos a ministrar.</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Outra 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável 	10 min

Desenvolvimento	<p>EPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito, tipos e indicações para utilização dos EPI; • Importância e responsabilidade na seleção do EPI; • Diferenças entre máscara cirúrgica e respiradores de partículas; • Luvas: tipos de luvas e a importância de sua correta utilização, cuidados a ter em caso de alergia; • EPI: sequência de colocação e remoção 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após a utilização das luvas é necessário lavar as mãos? • A utilização das luvas está recomendada nas situações de contacto com sangue e fluídos orgânicos? • Entre utentes é necessário trocar de avental? • Na remoção do EPI, quando devem ser retiradas as luvas? • Será que a máscara cirúrgica é mais eficaz na proteção respiratória que o respirador FFP2 ou N95? <p>Visualização de vídeo sobre colocação e remoção de EPI Simulação prática em grupo de colocação e remoção de EPI, com identificação dos procedimentos e correção da prática.</p> <p>Entrega de marcador plastificado “EPI” para reforço dos conteúdos ministrados.</p>	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Demonstrativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Role Playing <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Grupo 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Colunas <input checked="" type="checkbox"/> EPI diversos <input checked="" type="checkbox"/> SABA <input checked="" type="checkbox"/> Marcador <input checked="" type="checkbox"/> Câmara filmar <input checked="" type="checkbox"/> Saco lixo 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica 	1 hora
	<p>Isolamento e PBVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Isolamento: proteção e contenção; • PBVT: quando aplicar, diferenças e procedimentos a adotar perante determinados microrganismos; • Seleção das barreiras de proteção; • Considerações gerais dos isolamentos. 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As PBVT são usadas isoladamente ou em complementaridade das PBCI? • Quantos tipos de PBVT conhecem, e quais? • Perante um utente com Escabiose (sarna) qual o tipo de PBVT preconizado? • Perante um utente com MRSA na pele qual o tipo de PBVT preconizado? • Perante um utente com diarreia provocada por Clostridium qual o tipo de PBVT preconizado? 	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> outra 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica 	10 min
	INTERVALO 10 minutos					

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

	<p>Limpeza e controlo Ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceitos: Limpeza, esterilização, material contaminado, descontaminação; • Medidas de higiene e controlo ambiental: importância, princípios gerais, eficácia dos procedimentos e considerações gerais; • Diferenças entre desinfetantes e antissépticos; • Higienização de dispositivos médicos e ajudas técnicas; • Contaminação ambiental e sobrevivência dos microrganismos; • Tipos de limpezas e princípios; • Higienização de instalações sanitárias. 	<p>Exposição oral dos conteúdos; Colocação de questões ao grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais são os princípios gerais da limpeza de superfícies? • A desinfecção das superfícies deve ser sempre realizada após a lavagem, exceto em que situação? • As superfícies de “toque frequente” (maçanetas de portas, grades da cama, comandos de televisão, etc) devem ser higienizadas com que frequência? • Qual o procedimento correto os derrames de sangue ou outros fluidos orgânicos? • Na limpeza terminal o que devemos fazer aos equipamentos reutilizáveis? <p>Visualização de vídeo sobre limpeza concorrente (7'30).</p>	<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Interrogativo <input checked="" type="checkbox"/> Demonstrativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Role Playing <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Grupo</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Colunas <input checked="" type="checkbox"/> Cronometro <input checked="" type="checkbox"/> Câmara filmar <input checked="" type="checkbox"/> Toalhitas <input checked="" type="checkbox"/> Saco lixo <input checked="" type="checkbox"/> Luz ultravioleta	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstica	50 min
Conclusão	<p>Reforço das mensagens chaves e considerações finais apresentadas ao longo da exposição dos temas abordados. Esclarecimento de dúvidas</p>		<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Expositivo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Outra</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Projetor <input checked="" type="checkbox"/> Computador	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável	15 min
	<p>Teste de avaliação de conhecimentos e Avaliação de satisfação em relação à formação</p>		<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Outra</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Folha de teste <input checked="" type="checkbox"/> Folha de satisfação <input checked="" type="checkbox"/> Canetas	<input checked="" type="checkbox"/> Formativa <input checked="" type="checkbox"/> Sumativa	25 min
	<p>Encerramento da sessão de formação.</p>	<p>Entrega dos certificados de frequência</p> <p>Elaboração de uma tela com recuso ao decalque das mãos com tinta e captação de imagem vídeo.</p>	<p>Método: <input checked="" type="checkbox"/> Ativo</p> <p>Técnica: <input checked="" type="checkbox"/> Outra</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Tela <input checked="" type="checkbox"/> Tintas <input checked="" type="checkbox"/> Pinceis <input checked="" type="checkbox"/> Câmara filmar <input checked="" type="checkbox"/> Toalhitas <input checked="" type="checkbox"/> Saco lixo <input checked="" type="checkbox"/> Certificados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aplicável	5 min

APÊNDICE XIII – Material de apoio para as sessões de formação (Marcadores)

5 Momentos para a
HIGIENE DAS MÃOS

Quando?

- Antes de contacto com o utente
- Antes de procedimentos que impliquem contacto com o ambiente
- Após o contacto com o doente
- Após o contacto com o ambiente
- Após o contacto com o doente e o ambiente

Porquê?

- Para proteger o utente de microorganismos que transportamos nas mãos
- Para proteger o utente de microorganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora
- Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microorganismos do utente
- Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microorganismos do utente
- Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microorganismos do utente

adaptado de DGS

A Higiene das Mãos é a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção.

Fricção anti-séptica das mãos **Lavagem das mãos**

adaptado de DGS

Elaborado por: Líliana Martins, Catarina, Alana do Monte em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa com Orientação Clínica da EAP E.p. Ana Lídia Marques da USP Professor J. Paulo Miguel e Orientação Pedagógica da Professora Doutora Cláudia Ferrito. Novembro, 2022

Cadeia epidemiológica

- Fonte de infeção
- Porta de saída para os microorganismos
- Via de transmissão
- Porta de entrada para os microorganismos
- Pessoas em risco de serem infetadas

adaptado de DGS

Quebra da cadeia de transmissão de infeção

- Isolar as pessoas com infeção, evitando os contactos
- Utilizar o equipamento de proteção individual adequado a cada situação
- Evitar o contacto com superfícies contaminadas e fluidos corporais: sangue, secreções, vômito, urina ou fezes
- Lavar bem e regularmente as mãos
- Cobrir cortes e feridas abertas com um penso à prova de água
- Tomar as vacinas apropriadas
- Cuidado adicional com a limpeza e higienização das superfícies
- Descartar adequadamente os resíduos, fraldas e roupas sujas

Elaborado por: Líliana Martins, Catarina, Alana do Monte em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa com Orientação Clínica da EAP E.p. Ana Lídia Marques da USP Professor J. Paulo Miguel e Orientação Pedagógica da Professora Doutora Cláudia Ferrito. Novembro, 2022

Não existem doentes de risco!

PRECAUÇÕES BÁSICAS de Controlo da Infeção

Antecipação de exposição a:	Higiene das mãos	Luvas	Máscara	Óculos ou viseira	Avental
Pele íntegra					
Pele lesada ou mucosas					
Contacto com líquidos biológicos					
Proximidade (<1m) de um utente com tosse					
Projeção de líquidos biológicos					

TEC de Qualidade

SEQUÊNCIA DE COLOCAÇÃO DO EPI

- Higienize as mãos
- Bata
- Máscara
- Óculos ou viseira
- Luvas

SEQUÊNCIA DE REMOÇÃO DO EPI

- Luvas
- Higienize as mãos
- Bata
- Óculos ou viseira
- Máscara
- Higienize as mãos

Elaborado por: Líliana Martins, Catarina, Alana do Monte em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa com Orientação Clínica da EAP E.p. Ana Lídia Marques da USP Professor J. Paulo Miguel e Orientação Pedagógica da Professora Doutora Cláudia Ferrito. Novembro, 2022

APÊNDICE XIV – Teste de avaliação de conhecimentos



TESTE DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

“Formação em Prevenção e Controlo de Infeção”

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nota: _____

Leia com atenção as seguintes afirmações, e assinale com um “X” a opção correta. Boa Sorte!

1 – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

- a) A existência de uma IACS aumenta o risco de complicações clínicas para o utente!
 Verdadeiro Falso
- b) O ambiente (ar, água, superfícies inertes) é a principal fonte de bactérias responsáveis pelas IACS!
 Verdadeiro Falso
- c) Nas ERPI's as principais IACS existentes são a infeção urinária e a pneumonia!
 Verdadeiro Falso

2 - Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)

- a) Incluem apenas as recomendações para proteger os utentes!
 Verdadeiro Falso
- b) Aplicam-se apenas a profissionais que tenham contato com fluidos corporais!
 Verdadeiro Falso

3 – Higiene das Mãos

- a) O tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos é de 1 minuto!
 Verdadeiro Falso
- b) A principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre utentes durante a prestação são as mãos dos profissionais!
 Verdadeiro Falso

Capacitar os cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção: projeto de intervenção comunitária

c) A técnica mais eficaz para a higiene das mãos é a Fricção!

Verdadeiro Falso

d) Os 5 momentos para a higiene das mãos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incluem: Antes do contacto com o utente; Antes de procedimentos limpos ou assépticos; Após o risco de exposição a fluídos orgânicos; Após o contacto com o utente; Após contacto com o ambiente envolvente!

Verdadeiro Falso

e) A fricção antisséptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos!

Verdadeiro Falso

4 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

a) Após a utilização das luvas não é necessário lavar as mãos!

Verdadeiro Falso

b) O uso de luvas está recomendado quando houver risco de contato com sangue ou fluido corporal!

Verdadeiro Falso

c) Os aventais não precisam de ser substituídos entre utentes diferentes!

Verdadeiro Falso

d) Na remoção do EPI as luvas são as últimas a retirar!

Verdadeiro Falso

e) Uma máscara cirúrgica é mais eficaz na proteção respiratória do profissional do que o respirador FFP2/N95!

Verdadeiro Falso

5 – Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT)

a) As PBVT são usadas em complementaridade das PBCI, em alguns utentes!

Verdadeiro Falso

b) As PBVT podem ser de 3 tipos, Contacto, Via aérea e Gotículas!

Verdadeiro Falso

c) Num utente com Escabiose (sarna) o tipo de PBVT preconizado é o de contacto!

Verdadeiro Falso

d) Num utente com colonização na pele por MRSA o tipo de PBVT preconizado é a Via Aérea!

Verdadeiro Falso

e) Num utente com diarreia provocada por Clostridium, o tipo de PBVT preconizado é o de contacto!

Verdadeiro Falso

6 – Controlo Ambiental e Limpeza

- a) Os procedimentos de limpeza são realizados de baixo para cima e do mais limpo para o mais sujo!
- Verdadeiro Falso
- b) A desinfeção das superfícies deve ser sempre realizada após a lavagem, exceto quando o produto utilizado contém na sua composição detergente e desinfetante!
- Verdadeiro Falso
- c) As superfícies de “toque frequente” (maçanetas de portas, grades da cama, comandos de televisão, etc.) devem ser higienizadas uma vez por semana!
- Verdadeiro Falso
- d) Nos derrames de sangue ou vómito, devemos em primeiro lugar, absorver o fluído, desinfetar e em seguida lavar o local!
- Verdadeiro Falso
- e) Os materiais descartáveis devem ser eliminados durante a limpeza terminal e os equipamentos médicos serem descontaminados!
- Verdadeiro Falso

OBRIGADO pelo empenho!

APÊNDICE XV – Certificado de frequência



APÊNDICE XVI – Avaliação da qualidade da formação



Avaliação da Qualidade da Formação

Inquérito ao Formando (a)

Ação:	<input type="text"/>	Local:	<input type="text"/>
Data de Início	<input type="text"/>	Data de Fim:	<input type="text"/>

O presente questionário pretende ser um instrumento de avaliação e melhoria da qualidade das ações de formação desenvolvidas na ALPM. A sua resposta é anónima e confidencial. A sua opinião sincera é extremamente importante. Agradecemos que assinale com um X, numa escala de 1 a 4, a resposta que melhor traduzir a sua opinião.

1 - FRACO
 2 - ACEITÁVEL
 3 - BOM
 4 - MUITO BOM

1. Intervenção do/a Formador/a		1	2	3	4
a) Domínio do tema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apresentação do tema de forma clara e acessível		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fomentou a participação dos/as Formandos/as		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Relacionamento com os/as Formandos/as		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Desempenho Global do/a Formador/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desenvolvimento da Ação de Formação		1	2	3	4
a) Interesse do tema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utilidade do tema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Duração da Ação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Organização da Ação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação Global					
a) Como classifica a Ação de Formação?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pontos Fortes	<input type="text"/>				
5. Pontos Fracos	<input type="text"/>				
6. Sugestões/ Comentários					
<input type="text"/>					

Muito Obrigado pela Sua Colaboração!

APÊNDICE XVII – Articulação com Gabinete de Inovação do ACeS



A/C: Gabinete de Inovação do Agrupamento de Centros de Saúde de Loures – Odiveelas

Assunto: Pedido de apoio para atividade a desenvolver num projeto de intervenção

No âmbito do protocolo assinado entre ICS UCP/ ARSLVT, Liliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar o Estágio Final e Relatório na Unidade de Saúde Pública do ACeS Loures Odiveelas sob orientação clínica da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Ana Lúcia Marques.

Neste contexto, pretende-se a realização de um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia de planeamento em saúde. De acordo com o diagnóstico de situação realizado foi identificada a necessidade de intervenção no contexto da Prevenção e Controlo da Infeção.

Preconiza-se a realização de sessões de formação sobre os conteúdos no âmbito das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, dirigidas às Ajudantes de Ação Direta de uma Instituição do concelho de Loures e que desenvolvem a sua atividade na área de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Considerando as características da população alvo e as recomendações da Direção-Geral da Saúde através do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos preconiza-se a utilização de métodos demonstrativos e ativos com disponibilização de materiais apelativos, utilizando folhetos informativos, cartões de bolso e cartazes.

Este projeto, sendo de cariz essencialmente, académico não comporta financiamento. Considerando a mais-valia que a disponibilização, dos materiais referidos podem representar para os formandos gostaria de solicitar apoio para proceder à impressão a cores destes materiais.

Agradece-se a atenção dispensada.

Loures, 11 de outubro de 2022.

Assinado por: **LILIANA FAUSTINO MARTINS CASIMIRO**
Num. de Identificação: 11399496
Data: 2022.10.11 16:43:50+01'00'



APÊNDICE XVIII – Apresentação do projeto de intervenção à equipa da USP



1



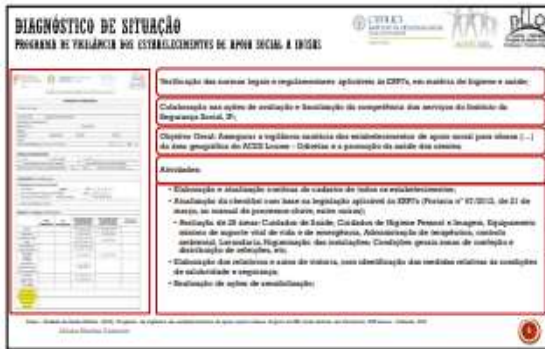
2



3



4



5



6



7



8

RESULTADOS DA REUNIÃO EXPLORATÓRIA DE AUSCULTAÇÃO DE NECESSIDADES

Precauções Básicas de Controlo de Infeção

- Guião com questões
- Consentimento informado e esclarecido
- Identificação da população alvo: Ajudantes de ação direta:
 - Avaliação da perceção de necessidades na população alvo;
- Intervenção realizada através de sessões de formação;
- Identificação das necessidades:
 - Deficiente cumprimento da IBC;
 - Utilização inadequada do EPI em especial das luvas;
 - Défice de conhecimentos sobre procedimentos de descontaminação de material, equipamento e controlo Ambiental.

9

AValiação DA PERCEÇÃO DE NECESSIDADES NA POPULAÇÃO ALVO

1. Qual é o seu nível de saber e que em a Perceção sobre o Trabalho de Saúde (quanto mais saber mais qual a sua opinião sobre a melhoria da prática)?
2. Existem barreiras (tempo e custos) de implementação?
3. De que modo acredita saber que de se implementar o projeto poderá ser melhor? "Como se sentirá ao utilizá-lo? Como se sentirá com ele?"
4. Existem barreiras (tempo, materiais, custo de aquisição, ou outros) para implementar? "Como se vai de sentir ao implementar estas mudanças?"
5. Qual o nível de percepção de necessidade de mais saberes, e que tipo de saberes é necessário de saber implementar? "Como se vai de sentir ao implementar estas mudanças?"
6. Quanto mais perceber sobre a implementação mais saber?
7. De acordo com a sua opinião qual o seu nível de saber? "Como se vai de sentir ao implementar estas mudanças?"

10

MODELO NOLA PENDER

Características e Expectativas Percebidas → Crenças e Aborção do Comportamento → Resultado Comportamental → Comportamento de Promoção de Saúde

11

MODELO DE NOLA PENDER ANÁLISE DE CONTEÚDO

- Conhecimento das PBCI;
- Importância das PBCI;
- Conhecimento sobre EPI;
- Conhecimento sobre procedimentos.

- **Perceções e sentimentos:**
- Caracterização sociodemográfica:
 - Género;
 - Idade;
 - Nacionalidade;
 - Multiculturalidade;
 - Experiência profissional anterior;
 - Tempo de serviço na instituição.

12

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMGRÁFICA

- **Ajustares de Ação Direta:**
 - Sede: SI;
 - Suato Teófilo: SI.
- **Caracterização sociodemográfica:**
 - Género;
 - Idade;
 - Nacionalidade;
 - Multiculturalidade;
 - Experiência profissional anterior;
 - Tempo de serviço na instituição.

13

MODELO NOLA PENDER ANÁLISE DE CONTEÚDO

- **Conquistas e benefícios alcançados em experiências anteriores**
- **Dificuldades para adoção do comportamento**
- **Julgamento pessoal da capacidade de realizar uma ação**
- **Sentimentos, postura corporal e resposta emocional**
- **Perceções sobre comportamentos dos outros**
- **Contexto**

• **Importância da formação**

14

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Características individuais e experiências			
Problemas	Modelo de Promoção de Saúde de São Paulo	Expectativas CPEU 2019	Resposta/Intervenção CPEU 2019
Falta de conhecimentos das Escolas de Saúde Direta (ESD) sobre as PBCI	Componentes primários compreendidos das PBCI	Conhecimento das ESD sobre as PBCI compreendidas	Foco no conhecimento sobre as PBCI compreendidas
Défice de conhecimentos das ESD sobre os procedimentos de descontaminação	Componentes primários compreendidos de descontaminação	Conhecimento das ESD sobre os procedimentos e práticas de descontaminação	Foco no conhecimento sobre os procedimentos e práticas de descontaminação
Falta de grupo de AED com formação técnica e de competências específicas	Técnicas pessoais compreendidas	Saber e competências sobre as AED de competências específicas	Foco no conhecimento sobre as AED de competências específicas
Falta de participação ativa de membros do grupo na discussão de grupo	Elementos pessoais compreendidos	Atitude compreendida de alguns membros do grupo de AED perante a discussão de grupo	Foco na discussão participativa

15

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Perceções e sentimentos específicos do comportamento			
Problemas	Modelo de Promoção de Saúde de São Paulo	Expectativas CPEU 2019	Resposta/Intervenção CPEU 2019
Dificuldade para adoção de comportamentos mais adequados na utilização de luvas e EPI compreendidos	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação
Qualidade de barreiras à adoção na utilização de luvas e EPI	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação
Défice de julgamento na capacidade de grupo de AED na adoção dos métodos de prevenção e controlo de infeção	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação
Défice de conhecimento de barreiras a adoção de comportamentos	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação
Perceções de barreiras a adoção de comportamentos	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação
Identificação de barreiras a adoção de comportamentos	Perceções de barreiras para a ação	Perceções compreendidas das AED que a utilização de luvas e EPI compreendidos	Foco no conhecimento sobre as barreiras para a ação

16

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES GRELHA DE ANÁLISE

A Importância do problema
B Relevância entre o problema e o interveniente
C Capacidade técnica para resolver o problema
D Disponibilidade de intervenções

Problemas	A	B	C	D	Import.
Falta de conhecimentos das Ajudantes de Ação Direta (AAD) sobre as PNC	+	+	+	+	1
Falta de conhecimentos das AAD sobre as prioridades de intervenção e problemas de diagnóstico na infeção	+	+	+	+	1
Falta de grupos de AAD com aplicações teórico-práticas e de sustentabilidade organizativa	+	+	-	-	4
Falta participativa integração de elementos do grupo no âmbito do grupo gerador	+	+	+	+	15
Objetivos para atingir os conhecimentos não adequados ou utilização de meios ou IPR inadequados ou ineficazes	+	+	+	+	4
Insuficiência de recursos e/ou falta de integração e sinergia dos IPR	+	+	+	+	4
Falta de julgamento ou avaliação do grupo de AAD no âmbito das medidas de prevenção e controlo de infeção	+	+	+	+	4
Falta de capacidade de implementação e sustentação de soluções	+	+	-	-	4
Fragoridade de conhecimentos de intervenção entre setores e intervenções profissionais das AAD	+	+	-	-	4
Identificação dos intervenientes e a sua integração e implementação para o grupo de AAD	+	+	-	-	15

17

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Finalidade: Promover a capacitação para a prevenção e controlo de infeção.

Objetivo geral: Contribuir para a capacitação do grupo de Ajudantes de Ação Direta da Associação Lusa Pessoa Morta no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, entre 15 e 18 de dezembro de 2022.

Objetivos Específicos

1. Desenvolver os responsáveis da instrução no projeto;
2. Promover o conhecimento das Ajudantes de Ação Direta sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção;
3. Realçar a importância da adoção de medidas adequadas sobre prevenção e controlo de infeção nas Ajudantes de Ação Direta;
4. Desenvolver os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Pública para a continuidade do projeto.

18

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Sessões de Formação

Articulação com entidades

- Gabinete de Inovação do ACEs para apoio logístico;
- Instituição para disponibilização de espaço físico e recursos para a formação;
- Instituição de saúde para empréstimo de equipamentos para utilização nas sessões de formação.

19

PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO

• Elaboração de Inquérito;
 • Preparação das sessões de formação;
 • Elaboração das planas de sessão;
 • Identificação das entidades envolvidas (para a formação);
 • Realização de sessões de educação: manuseamento de lixo, palcos, limpeza, água da bebida.

3P's Prevenção básica, Prevenção de infeção, Prevenção de sequela

20

PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO

3P's Prevenção básica, Prevenção de infeção, Prevenção de sequela

21

AVALIAÇÃO

Objetivos Específicos	Indicador de avaliação	Método	Unidade	Estado	Realização
1. Avaliar as necessidades de formação no grupo	1.1. Ser de conhecimento das necessidades de formação do grupo	1.1.1. Ser de 100% das necessidades de formação	100%	+	100%
	1.2. Ser de conhecimento das prioridades de intervenção	1.2.1. Ser de 100% das prioridades de intervenção	100%	+	100%
	1.3. Ser de conhecimento das entidades envolvidas	1.3.1. Ser de 100% das entidades envolvidas	100%	+	100%
2. Promover o conhecimento das Ajudantes de Ação Direta sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção	2.1. Ser de conhecimento das AAD sobre as PNC	2.1.1. Ser de 100% das AAD sobre as PNC	100%	+	100%
	2.2. Ser de conhecimento das AAD sobre as prioridades de intervenção	2.2.1. Ser de 100% das AAD sobre as prioridades de intervenção	100%	+	100%
	2.3. Ser de conhecimento das AAD sobre as entidades envolvidas	2.3.1. Ser de 100% das AAD sobre as entidades envolvidas	100%	+	100%
	2.4. Ser de conhecimento das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	2.4.1. Ser de 100% das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	100%	+	100%
	2.5. Ser de conhecimento das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	2.5.1. Ser de 100% das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	100%	+	100%

22

AVALIAÇÃO

Objetivos Específicos	Indicador de avaliação	Método	Unidade	Estado	Realização
1. Avaliar as necessidades de formação no grupo	1.1. Ser de conhecimento das necessidades de formação do grupo	1.1.1. Ser de 100% das necessidades de formação	100%	+	100%
	1.2. Ser de conhecimento das prioridades de intervenção	1.2.1. Ser de 100% das prioridades de intervenção	100%	+	100%
	1.3. Ser de conhecimento das entidades envolvidas	1.3.1. Ser de 100% das entidades envolvidas	100%	+	100%
2. Promover o conhecimento das Ajudantes de Ação Direta sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção	2.1. Ser de conhecimento das AAD sobre as PNC	2.1.1. Ser de 100% das AAD sobre as PNC	100%	+	100%
	2.2. Ser de conhecimento das AAD sobre as prioridades de intervenção	2.2.1. Ser de 100% das AAD sobre as prioridades de intervenção	100%	+	100%
	2.3. Ser de conhecimento das AAD sobre as entidades envolvidas	2.3.1. Ser de 100% das AAD sobre as entidades envolvidas	100%	+	100%
	2.4. Ser de conhecimento das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	2.4.1. Ser de 100% das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	100%	+	100%
	2.5. Ser de conhecimento das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	2.5.1. Ser de 100% das AAD sobre a importância da adoção de medidas adequadas	100%	+	100%

23

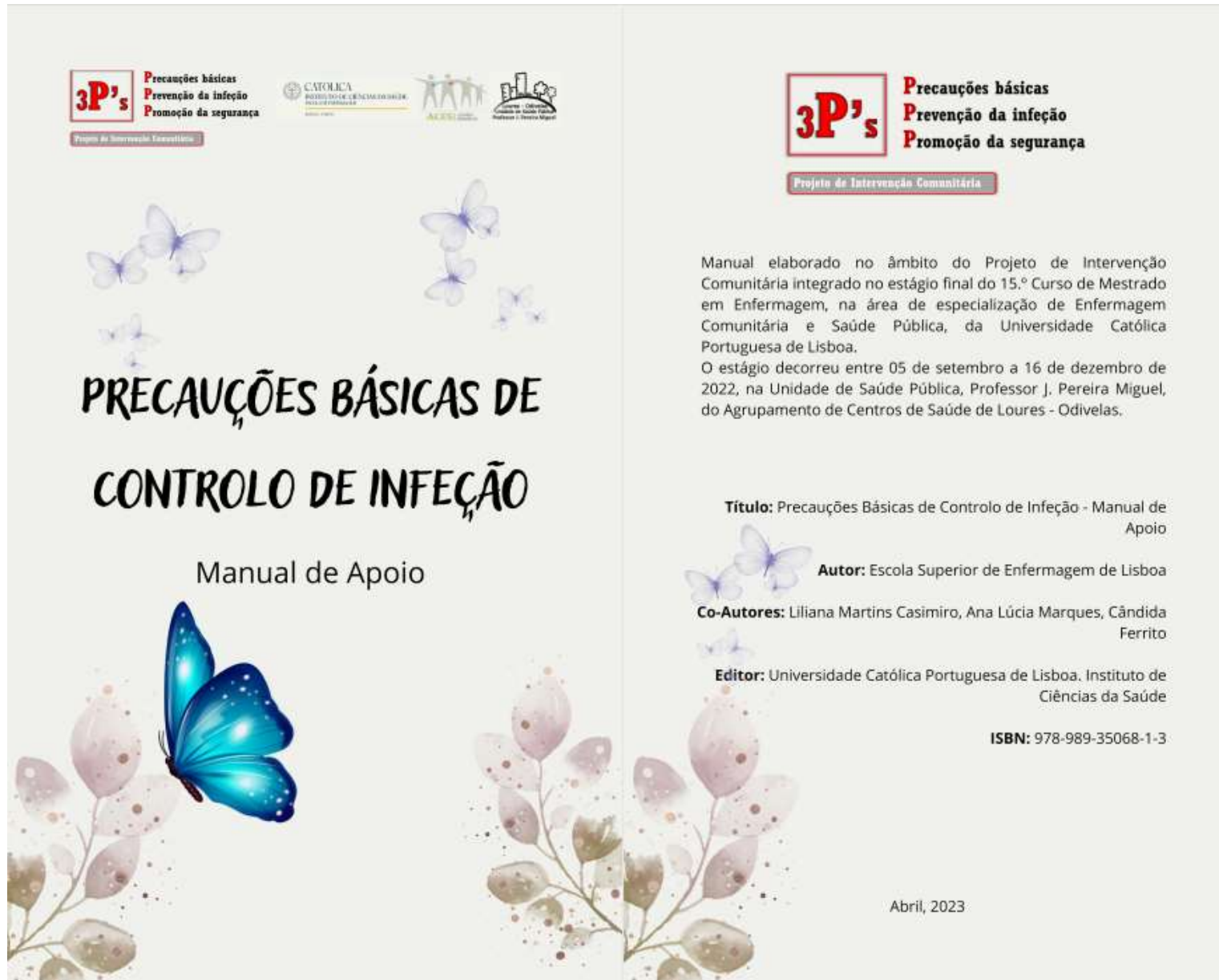
24

CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 LISBOA-PORTE

OBRIGADA PELA ATENÇÃO! 15DEZ22

25

APÊNDICE XIX – Precauções Básicas de Controlo de Infeção: e-book



APÊNDICE XX – *Scoping review*: “Importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”

XV Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Estágio Final e Relatório

Importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: *scoping review*

Mestranda:

Liliana Martins Casimiro nº 192021097

Docente:

Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa, janeiro de 2023

Considerando os objetivos da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, procedeu-se à elaboração de uma *scoping review*. Após discussão inicial e pesquisa sobre o tema, a escolha recaiu no âmbito da prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Autores

Liliana Martins Casimiro¹; Ana Lúcia Marques²

1. Enfermeira militar da Força Aérea Portuguesa e mestranda em Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública na Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

2. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Pública Professor J. Pereira Miguel, do Agrupamento de Centros de Saúde Loures – Odivelas.

RESUMO

Objetivo: Mapear o conhecimento sobre a importância da formação dos cuidadores em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Introdução: A formação é uma dimensão essencial para uma prestação de cuidados de qualidade. As pessoas idosas incluem-se num grupo vulnerável para as infeções e respetivas consequências. As infeções associadas aos cuidados de saúde são dos eventos adversos mais prevalentes, com elevados custos para a saúde e também socioeconómicos, pois aumentam a mortalidade e morbilidade. No contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, os programas de prevenção e controlo de infeção são fundamentais para a promoção da segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Metodologia: A revisão foi elaborada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute*. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados, CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatina via EBSCO-host e Pubmed em dezembro de 2022. A questão de pesquisa do estudo seguiu a combinação PCC. Foram incluídos artigos originais, redigidos em inglês, português e castelhano e realizados com cuidadores formais sobre formação em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Com uma estratégia de pesquisa definida em três etapas: os artigos identificados, organizados e removidas as duplicações; os títulos e resumos analisados por dois revisores independentes; e os resultados apresentados em tabelas e resumo descritivo.

Resultados: A revisão incluiu sete estudos publicados entre 2016 e 2021. A análise permitiu a organização dos dados em três categorias: características sociodemográficas, estratégias formativas e temas e avaliação dos conhecimentos e resultados. A avaliação dos conhecimentos revelou que a formação dos cuidadores formais assume um importante papel para promover os conhecimentos e aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas idosas. As estratégias formativas, incluindo o treino em prevenção e controlo de infeção, devem ser transversais a todos os grupos profissionais e realizadas de forma regular.

Conclusões: A formação dos cuidadores contribui para colmatar as lacunas identificadas em termos dos conhecimentos em prevenção e controlo de infeção. A evidência salienta que a formação deve ser dirigida às necessidades, abrangente e realizada de forma regular contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e promovendo a segurança das pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Palavras-chave: Cuidadores; Formação; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; Prevenção e Controlo de Infeção.

ABSTRACT

Objective: To map knowledge about the importance of training caregivers in infection prevention and control in Residential Structures for the Elderly.

Introduction: Training is an essential dimension for providing quality care. Elderly people are a vulnerable group for infections and their consequences. Infections associated with healthcare are among the most prevalent adverse events, with high health and socioeconomic costs, that increase mortality and morbidity. In the context of Residential Structures for the Elderly, infection prevention and control programs are fundamental for promoting safety and the quality of care provided.

Methodology: The review was prepared in accordance with the recommendations of the Joanna Briggs Institute. A database search was conducted, CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Collection, Cochrane, MedicLATina via EBSCO-host, and Pubmed in December 2022. The study's search question followed the combination PCC. Original articles were included, written in English, Portuguese and Spanish and carried out with formal caregivers on training in infection prevention and control in Residential Structures for the Elderly. With a search strategy defined in three stages: articles identified, organized and duplication removed; titles and abstracts analyzed by two independent reviewers; and the results presented in tables and descriptive summary.

Results: The review included seven studies published between 2016 and 2021. The analysis allowed the organization of data into three categories: sociodemographic characteristics, training strategies and themes, and assessment of knowledge and results. The knowledge assessment revealed that the training of formal caregivers plays an important role in promoting knowledge and increasing the quality and safety of care provided to the elderly people. Training strategies, including training in infection prevention and control, must be transversal to all professional groups and carried out on a regular basis.

Conclusions: The training of caregivers contributes to filling the identified gaps in terms of knowledge in infection prevention and control. Evidence points out that training should be needs-oriented, comprehensive and carried out on a regular basis, contributing to the quality of care provided and promoting the safety of elderly people residing in Residential Structures for the Elderly.

Keywords: Caregivers; Education; Nursing Homes; Prevention and control Infection; Standard Precautions.

INTRODUÇÃO

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento das Resistências aos Antimicrobianos (RAM) são um problema de saúde pública a nível mundial (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). As organizações internacionais de referência, mais concretamente, a OMS, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e o *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC), referem que as IACS, a nível mundial, são dos eventos adversos mais frequentes e, inclusivamente, segundo a OMS (2022), uma das maiores causas de morte. Os valores estimados pela OMS (2022), indicam que nos países desenvolvidos 7 em 100 doentes internados podem adquirir pelo menos uma infeção durante a permanência no hospital. As IACS originam graves consequências, quer em termos clínicos, aumentando a mortalidade e a morbilidade, quer em termos económicos e sociais, através do prolongamento do internamento com aumento de recursos técnicos e humanos e absentismo laboral, incapacidade e mortalidade precoce. São claramente umas das principais ameaças à qualidade dos cuidados e à segurança do doente (OMS, 2011; OPSS, 2018; ECDC, 2022).

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, a tecnologia cada vez mais avançada e invasiva e a maior diferenciação técnica nas intervenções dos cuidados de saúde conduzem a um acréscimo no risco de infeção. Apesar destes relevantes fatores, diversos estudos internacionais apontam para o facto de que, cerca de um terço das IACS podem ser evitáveis (DGS, 2007; DGS, 2013). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) salienta que, a grande preocupação nas IACS está relacionada com o aumento das RAM que diminuem, ou inviabilizam o tratamento das infeções. Nas instituições dirigidas à assistência de pessoas idosas, as IACS mais prevalentes incluem: as infeções do trato urinário, do trato respiratório inferior e da pele e tecidos moles (OMS, 2011; OCDE, 2021). Nestas instituições, as pessoas, têm na maioria das vezes uma idade avançada, associada a doenças crónicas, vivem próximas umas das outras, partilham espaços físicos e contactam com profissionais de saúde. Fatores que contribuem para a vulnerabilidade, aumento do risco de transmissão de infeções e com as respetivas consequências para a condição clínica da pessoa idosa (Sloane et al, 2020).

A possibilidade de viver mais tempo é uma das conquistas mais relevantes, é um recurso valioso que resultou dos desenvolvimentos na área da saúde, no desenvolvimento social e económico. Atualmente, a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 anos ou mais. O envelhecimento da população continuará a afetar, em todos os aspetos da sociedade, educação, habitação, saúde, cuidados de longo prazo, proteção social, transporte, informação e comunicação, bem como nas estruturas familiares e laços intergeracionais (OMS, 2016a). As estimativas indicam que o número de idosos, com 65 anos ou mais, venham a duplicar até 2050 e triplicar até 2100 atingindo o valor de 3,1 mil milhões. O aumento no grupo de pessoas com 80 anos ainda é mais expressivo, em alguns

países, como é o caso de Portugal, em 2050, mais de uma em cada oito pessoas terá 80 anos ou mais (OCDE, 2021). O envelhecimento populacional tornar-se-á uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, originando consequências em todos os setores da sociedade. A curto prazo, prevê-se que em Portugal, o índice de envelhecimento quase duplicará (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). O crescimento do número de idosos e o crescimento de doenças crónicas originam um aumento do grau de dependência e, portanto, uma maior necessidade de cuidados de saúde (Anderson & Durstine, 2019). O aumento do grau de dependência em consequência do declínio físico e/ou mental, assim como as alterações provocadas na dinâmica da família, contribuem para a necessidade de recorrer à institucionalização das pessoas idosas (Lini et al., 2016).

Portugal, em 2012, com o intuito de uniformizar a legislação existente, publicou um diploma para garantir uma designação comum das respostas residenciais para pessoas idosas e estabelecer as condições de funcionamento e instalações destas estruturas, permitindo assim, uma harmonização das regras deste tipo de resposta social. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), entendida como, estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Portaria 67/2012, de 21 de março). Apesar do crescimento do número de pessoas idosas, a mesma tendência não se verifica no número de profissionais de cuidados nas instituições. Portugal tem a menor concentração de trabalhadores de cuidados na OCDE (menos de 1 trabalhador por cada 100 pessoas com mais de 65 anos). O valor de referência deveria ser aproximadamente de 4 trabalhadores por cada 100 pessoas com mais de 65 anos. (OCDE, 2020; Gil, 2020).

Considerando a definição preconizada pela OMS (2004), o cuidador é a pessoa que presta apoio e assistência, formal ou informal, às pessoas idosas em várias atividades. A assistência formal é definida como: a ajuda prestada a pessoas com uma ou mais deficiências por organizações ou indivíduos (excluindo familiares, amigos ou vizinhos) que representam organizações (OMS, 2004; Llana-Nozal et al, 2022). Os cuidadores formais são definidos como funcionários remunerados que prestam cuidados e/ou assistência a pessoas limitadas em suas atividades diárias em casa ou em instituições, excluindo hospitais (OCDE, 2021). Em Portugal, os profissionais que prestam cuidados nas ERPI são designados por Ajudantes de Ação Direta (AAD) e as suas atribuições estão contempladas no Decreto-lei 414/99 de 15 de outubro. Os AAD trabalham diretamente com pessoas idosas garantindo o seu bem-estar. As tarefas atribuídas incluem, ajuda às necessidades de vida diárias, nomeadamente, o apoio à alimentação, mobilidade, cuidados de higiene e conforto e vestuário (Decreto-lei 414/99 de 15 de outubro). Uma grande maioria dos cuidadores formais não possuem qualificações profissionais na área específica em que trabalham e muitas vezes também a supervisão por técnicos devidamente qualificados está ausente (Pinheira & Beringuilho, 2017). Estes cuidadores constituem a maior parte da força de trabalho (70%). Os requisitos de admissão são reduzidos e as lacunas no conhecimento são frequentes, nomeadamente, sobre as condições

geriátricas, segurança, cuidados após a alta hospitalar ou no apoio aos cuidados em fim de vida (OCDE, 2020). Dada a diversidade de tarefas atribuídas aos cuidadores formais, o tempo de trabalho e o número elevado de pessoas idosas à sua responsabilidade originam sobrecarga de trabalho pela falta de tempo para a execução de todas as tarefas e pela escassez de recursos humanos dedicados a estas funções (Barbosa et al., 2017). Para que haja qualidade nos cuidados prestados aos idosos é importante haver investimento na formação e na valorização da profissão. A formação profissional contínua é um fator muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, tal como das organizações (Sousa, 2011).

A formação e o treino em programas de prevenção e controlo de infeção devem abranger todos os profissionais das instituições, numa perspetiva de formação contínua. Preconiza-se que os programas formativos utilizem estratégias participativas, com simulação e treino de casos, promovendo a redução do risco de transmissão de infeções (OMS, 2016b). Vários estudos salientam a relevância da formação dos profissionais em prevenção e controlo de infeção (Chow, 2020; Wood et al, 2018). A formação em Precauções Básicas de Controlo de Infeção e o treino dos cuidadores que prestam cuidados diretos é fundamental, em particular a formação em higiene das mãos (DGS, 2017; Puto et al, 2020). Para a assunção de uma abordagem efetiva dos cuidadores formais na prevenção e controlo das IACS é necessário a aquisição de níveis de competência adequados adquiridos através da formação (Cazzoletti et al, 2021). Esta deverá contemplar a adoção e adesão a procedimentos como a adequada higiene das mãos, a utilização de máscara, formação de treino das equipas sob controlo de infeção (Wang et at, 2021).

Na fase prévia à elaboração desta *scoping review* foi realizada uma pesquisa preliminar, na MEDLINE, CINAHL via EBSCO-Host e GOOGLE SCHOLAR e não foi encontrada nenhuma revisão que abordasse em concreto a importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Foi encontrada uma revisão sistemática sobre a efetividade da implementação dos programas de prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas publicada em 2019 incluindo estudos entre 2008 e 2016. Outras revisões sistemáticas não eram exclusivas do contexto.

Definiu-se como questão de revisão: Qual a importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas?

Para dar resposta à questão de revisão optou-se pela realização de uma *scoping review*, pois este é um método que permite avaliar a extensão, variedade e natureza da problemática (Arksey & O'Malley, 2005). O objetivo desta *scoping review* é assim mapear o conhecimento sobre a importância da formação dirigida aos cuidadores formais no âmbito da prevenção e controlo de infeção no contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Para a procura de evidências foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), sendo:

- População: Cuidadores formais (em Portugal utilizada a designação de Ajudante de Ação Direta);
- Conceito: Formação em prevenção e controlo de infeção;
- Contexto: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (consideram-se as várias tipologias de instituições onde residem pessoas idosas).

Para a elaboração da *scoping review* foi seguido o modelo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis Manual* (Peters et al, 2020).

Objetivo

Mapear o conhecimento sobre a importância da formação dirigida aos cuidadores formais no âmbito da prevenção e controlo de infeção no contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

METODOLOGIA

Aspetos éticos

Os aspetos éticos e os direitos de autor foram respeitados. Realizadas as referências dos autores utilizados. Considerando a natureza bibliográfica da pesquisa, não foi necessária a apreciação ética.

Tipo de Estudo

Optou-se pela elaboração de uma *scoping review* porque permite uma abordagem mais ampla, onde o objetivo é mapear o conhecimento e identificar taxonomias associadas ao conceito, sem uma restrição no tipo de estudo incluído e sem avaliação da qualidade dos estudos. Este tipo de revisão é adequado para o mapeamento de novos territórios de investigação e na identificação de questões que carecem de mais atenção (Arksey & O'Malley, 2005). Esta revisão seguirá a metodologia da *JBI* para revisões deste âmbito (Peters et al, 2020).

Procedimento Metodológico

Esta revisão foi elaborada de acordo com as recomendações do *JBI*, para as análises *scoping review* e segundo os critérios definidos no checklist PRISMA for scoping review Extension Fillable Checklist (PRISMA-SCR).

Identificação da Questão de Investigação

A questão de pesquisa do estudo foi elaborada de acordo com a combinação mnemónica PCC (P: População – Cuidadores formais; C: Conceito – Formação em prevenção e controlo de infeção; C: Contexto – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), dessa forma, foi estabelecida a seguinte

questão: Qual a importância da formação dos cuidadores formais em prevenção e controlo de infeção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas?

Crítérios de Elegibilidade

A seleção dos artigos encontrados baseou-se nos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos: artigos originais realizados no contexto das instituições de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, publicados em texto integral, em português, castelhano ou inglês, sobre a formação em prevenção e controlo de infeção, caso a população incluisse os cuidadores formais. Na pesquisa inicial por descritores não foi estabelecido limite temporal, aplicando-se no final limite temporal aos últimos 10 anos, considerando que foi o período de maior número de publicações sobre a temática. Os estudos duplicados, revisões editoriais, teses, dissertações, relatos de experiência, artigos de opinião, ensaios teóricos, estudo de reflexão e livros foram excluídos. Não haverá limitação na metodologia dos estudos a serem incluídos. Serão incluídos métodos qualitativos, quantitativos, mistos e revisões sistemáticas.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa inicial foi realizada na CINAHL e MEDLINE através da EBSCO *host* para identificar estudos sobre o assunto. Foi realizada uma análise dos títulos e resumos e termos usados para descrever os artigos considerados relevantes para esta revisão.

Na segunda fase, as palavras-chave e termos de pesquisa identificados foram utilizados nas bases de dados e adaptados a cada fonte de informação, com o uso de Medical Subject Headings (MeSH) e/ou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “Caregivers”; “Health care providers”; “Health care workers”; “Standard precautions”; “Universal precautions”; “Infection control”; “Educational activities”; “Education”; “Training program”; “Residential facilities”; “Nurse home” e “Aged home care”. As fontes de informação pesquisadas foram: MEDLINE Complete; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews via EBSCO *Host* e *Pubmed*. Foi realizada uma pesquisa por descritor e por base de dados, realizando-se depois a pesquisa com recurso aos operadores booleanos AND e OR e expansores (aplicados assuntos equivalentes), de acordo estratégia de pesquisa apresentada no Tabela n.º 1. A pesquisa foi realizada durante o mês de dezembro de 2022.

Tabela n.º 1 – Estratégia de pesquisa e termos utilizados na *PubMed* e EBSCO *Host*

		<i>PubMed</i>	EBSCO <i>Host</i>
S1	#1 Caregivers	107,338	221,976
S2	#2 Health care providers	827,651	166,256
S3	#3 Health care workers	360,295	96,451

S4	#4 Standard precautions	4,506	2,602
S5	#5 Universal precautions	2,815	4,755
S6	#6 Infection control	424,115	115,555
S7	#7 Educational activities	1,903,506	7,558
S8	#8 Education	2,199,644	2,828,324
S9	#9 Training program	1,954,729	103,716
S10	#10 Residential facilities	60,361	12,924
S11	#11 Nurse home	39,745	1,255
S12	#12 Aged home care	78,075	20
S13	S1 OR S2 OR S3	931,585	413,806
S14	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	787,502	2,993,692
S15	S10 OR S11 OR S12	149,148	14,201
S16	S13 AND S14 AND S15	489	296
S17	S16 TEXTO COMPLETO	200	78
S18	S17 LIMITE TEMPORAL 2012 – 2022	174	47
221 artigos identificados			

Para sistematizar o processo de inclusão dos estudos, optou-se pela metodologia sugerida no PRISMA-ScR (Tricco et al, 2018). Os resultados da pesquisa são apresentados na Figura n.º 1 através do fluxograma da seleção dos estudos pré-selecionados, com a leitura de títulos seguida dos resumos e depois das publicações analisadas para leitura integral, terminando com os estudos incluídos para a revisão.

Após a identificação dos artigos nas bases de dados, estes foram exportados para o *software Ryann Intelligent Systematic Review* com remoção de duplicações, automáticas e manuais. A análise dos artigos, por título e resumo e seguidamente por texto completo foi realizada de forma independente pelos autores considerando os critérios de inclusão definidos e para a resolução das divergências de análise procedeu-se à discussão até assegurar o consenso.

Extração dos Resultados

Para a etapa da extração de dados elaborou-se um ficheiro com recurso uma folha de cálculo do MS Excel (Redmond, Washington, EUA), para compilar todos os elementos essenciais ao estudo: título do estudo, autor, ano de publicação, país de realização, periódico, objetivo, metodologia, população em estudo, resultados e conclusões. Este instrumento permitiu uma sistematização da informação relativa a todos os estudos analisados integralmente e assim, fundamentar as publicações excluídas.

Foram excluídos, após a leitura do texto completo, nove estudos pelos motivos apresentados no fluxograma.

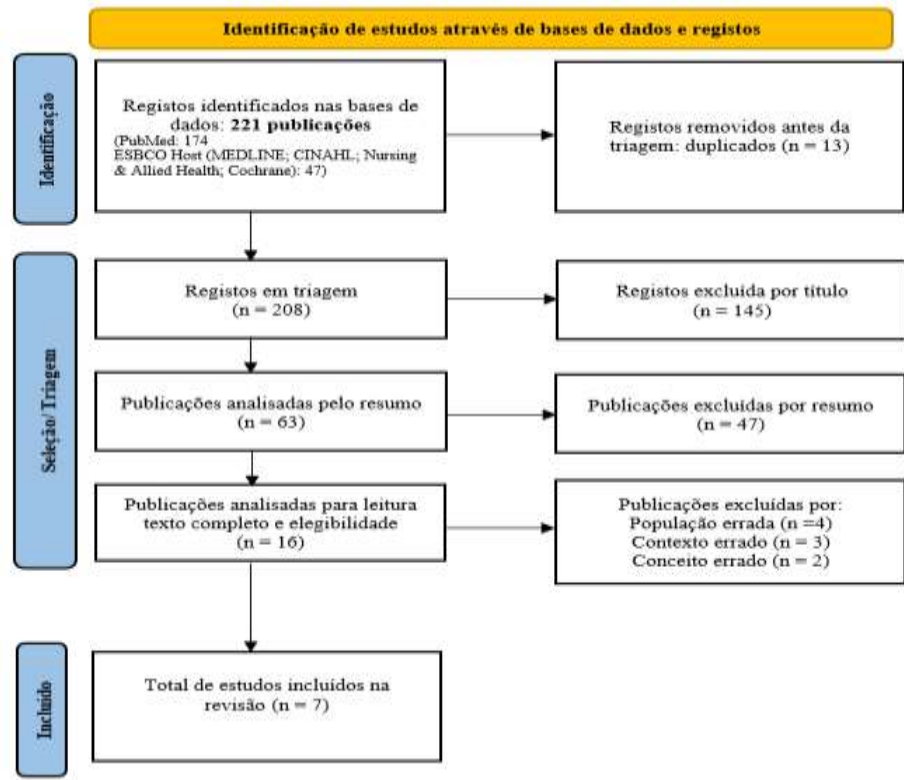


Figura n.º 1 – Fluxograma da seleção dos estudos de acordo com o PRISMA ScR

Apresentação dos Resultados

Para a compilação e comunicação dos resultados apresenta-se a Tabela n.º 2 com os dados relativos às principais características dos estudos incluídos na revisão.

Tabela n.º 2 – Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Título do estudo	Autor(es)	País e Ano	Periódico	Objetivo estudo	Tipo de Estudo	População
Making infection prevention education interactive can enhance knowledge and improve outcomes: Results from the Targeted Infection Prevention (TIP) Study	Evonne Koo; Sara McNamara; Bonnie Lansing; Russell Olmsted; Ruth Anne Rye; Thomas Fitzgerald e Lona Mody.	EUA 2016	American Journal of Infection Control	Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre controlo e prevenção de infeções como uma das componentes de uma estratégia multimodal visando reduzir as infeções nas ERPI.	Estudo controlado randomizado (RCT)	12 instituições. Profissionais de saúde e cuidadores.
Infection Prevention and Antimicrobial Stewardship Knowledge for Selected Infections Among Nursing Home Personnel	Barbara Trautner; M. Todd Greene; Sarah Krein; Heidi Wald; Sanjay Saint; Andrew Rolle; Sara McNamara; Barbara Edson e Lona Mody.	EUA 2017	Infection Control Hospital Epidemiology	Avaliar o conhecimento sobre prevenção de infeções entre os profissionais das ERPI e identificar necessidades formativas visando uma melhoria de qualidade.	Descritivo	184 instituições. 1626 profissionais de saúde e cuidadores.
Influence of staff infection control training on infection-related quality measures in United States nursing homes	Jasjit Kaur; Patricia Stone; Jasmine Travers; Catherine Cohen e Carolyn Herzig.	EUA 2017	American Journal of Infection Control	Avaliar o estado atual dos programas de controlo de infeção em ERPI nos Estados Unidos, relacionando-os com indicadores de qualidade do atendimento.	Descritivo	2.514 instituições. (130 cuidadores).
Evaluation on the implementation of respiratory protection measures in old age homes	Diana Lee; Doris Yu; Margaret Ip e Jennifer Tang.	China 2017	Clinical Interventions in Aging	Avaliar a implementação de medidas de proteção respiratória nos profissionais de saúde nas ERPI em Hong Kong.	Descritivo	87 instituições. 1.763 profissionais (704 cuidadores).
Experiencia de Atención Comunitaria en residencias de ancianos durante la primera ola de la pandemia COVID-19	Antonia Raya Tena; Cristina Buenoz; Alicia Cortinaz e Laura Lidbana.	Espanha 2021	Metas de Enfermagem	Implementar um plano de ação em ERPI durante a pandemia, adequado às necessidades identificadas, melhorando a qualidade e segurança das pessoas idosas. Melhorar o conhecimento dos cuidadores.	Intervenção comunitária	24 cuidadores.

Observational study of compliance with infection control practices among healthcare workers in subsidized and private residential care homes	Jessie Kit Ling Au; Lorna Ping Suen e Simon Ching Lam.	China 2021	BMC Infectious Diseases	Observar as práticas diárias em prevenção e controlo de infeção entre os profissionais de saúde em ERPI.	Observacional descritivo	140 profissionais (92 cuidadores).
Impact of a serious game (Escape Covid-19) on the intention to change Covid-19 control practices among employees of long-term care facilities: Web-based randomized controlled trial	Mélanie Suppan; Mohamed Abbas; Gaud Catho; Loric Stuby; Simon Regard; Sophia Achab; Stephan Harbarth e Laurent Suppan.	Suíça 2021	Journal of Medical Internet Research	Determinar como os profissionais das ERPI alteram as práticas em controlo de infeção após jogarem o jogo.	Estudo controlado randomizado (RCT)	295 profissionais (86 cuidadores).

RESULTADOS

Como consequência do envelhecimento verifica-se uma deterioração progressiva do sistema imunitário, tornando as pessoas idosas mais suscetíveis à ocorrência de infeções. -Concomitantemente a este facto, a institucionalização, a partilha de espaços e as comorbilidades individuais contribuem para um aumento exponencial do risco de ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde. Os fatores referidos justificam a necessidade premente de intervenção no âmbito da prevenção e controlo de infeções nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Au et al, 2021). Após o processo de avaliação e seleção dos artigos, foram incluídos na revisão, sete estudos. Os estudos serão apresentados de uma forma sintética com recurso à identificação das principais características dos selecionados para a revisão.

Descrição dos Estudos

Considerando as características dos sete estudos incluídos nesta revisão salienta-se que foram publicados em 2016, 2017 (com três estudos) e 2021 (com três estudos). Os países de origem são: EUA (três estudos), Espanha, Suíça e China (dois estudos). Nos periódicos de publicação incluem-se: *American Journal of Infection Control* (duas publicações), *BMC Infectious Diseases*, *Clinical Interventions in Aging*, *Infection Control Hospital Epidemiology*, *Journal of Medical Internet Research* e *Metas de Enfermagem*.

Sendo um critério de inclusão, todos os estudos foram desenvolvidos no contexto, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e, em todos a população incluía cuidadores formais. Em relação à abordagem metodológica, dois são estudos controlados randomizados, um é de intervenção comunitária e os restantes são estudos descritivos. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: em dois estudos (29%) a aplicação de questionários (Suppan et al, 2021; Lee et al, 2017), em três (43%) a aplicação de testes de avaliação de conhecimentos (Koo et al, 2016; Kaur et al, 2017; Trautner et al, 2017) e em um (14%) a observação direta das práticas relacionadas com o controlo de infeção (Au et al, 2021). Um (14%) dos estudos recorreu a questões abertas para favorecer a participação e partilha de ideias (Raya Tena et al, 2021).

A análise dos estudos incluídos nesta *scoping review* permitiu a organização dos dados em três categorias: características sociodemográficas; estratégias formativas e temas; avaliação dos conhecimentos e resultados.

Características sociodemográficas

Dos estudos analisados, cinco (71%) realizaram uma caracterização sociodemográfica dos profissionais (Trautner et al, 2017; Kaur et al, 2017; Raya Tena et al, 2021; Suppan et al, 2021; Au et al, 2021), três (43%) caracterizaram as instituições (Trautner et al, 2017; Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017), assim como os rácios praticados (Raya Tena et al, 2021; Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017).

Em alguns estudos, mais concretamente em três (43%), verificou-se a identificação do número de pessoas idosas residentes (Au et al, 2021; Lee et al, 2017; Trautner et al, 2017) e em dois estudos (29%) foram inclusivamente referidas as idades das mesmas (Raya Tena et al, 2021; Kaur et al, 2017). Mais se acrescenta que em dois estudos (29%) é feita referência à taxa de ocupação de camas (Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017) e também em dois estudos (29%) é focado o nível de dependência das pessoas idosas (Raya Tena et al, 2021). Em três estudos (43%) é realizada a caracterização dos profissionais, salientando-se que a sua maioria são do sexo feminino (Koo et al, 2016; Lee et al, 2017; Raya Tena et al, 2021). Em dois estudos (29%) são identificadas as habilitações literárias (Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017) e em quatro (57%) mencionam os anos de experiência dos mesmos (Koo et al, 2016; Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017; Trautner et al, 2017).

Estratégias formativas e temas

Das estratégias formativas referidas pelos estudos em análise salienta-se em dois estudos (29%) a realização de sessões de formação (Raya Tena et al, 2021; Kaur et al, 2017), num estudo (14%) sessões de formação interativas com material didático (Koo et al, 2016), em quatro estudos (57%) o treino dos profissionais (Koo et al, 2016; Kaur et al, 2017; Lee et al, 2017; Trautner et al, 2017), num estudo (14%) o recurso a jogo online (Suppan et al, 2021) e noutra (14%) a afixação e distribuição de cartazes e folhetos (Kaur et al, 2017). No estudo de Kaur et al (2017) é mencionado que das instituições analisadas, cerca de 77% distribuem folhetos ou cartazes nas unidades de cuidados e praticamente todas realizavam, internamente, ações de formação. As instituições com programas de qualidade fornecem mais treino aos profissionais na admissão e quando existem surtos de infeção. Ainda no mesmo estudo é referido que aproximadamente 30% das instituições analisadas realizaram treinos com uma periodicidade frequente (semanal, a cada duas semanas ou mensal), no entanto 11% das instituições apenas realizaram treinos em prevenção e controlo de infeção na orientação de novos profissionais e 6% apenas quando ocorria um surto de infeção. Todavia, 17% das instituições não realizaram qualquer tipo de treino (Kaur et al, 2017). Noutra estudo é também explanado que o treino específico em prevenção e controlo de infeção dirigido aos profissionais foi assegurado através da própria instituição ou por uma organização externa (Trautner et al, 2017). Complementarmente, num dos estudos em análise, é salientado que um quarto dos profissionais referiu nunca ter efetuado qualquer treino na área da prevenção e controlo de infeção e menos de 50% dos profissionais realizaram treino na fase inicial da admissão e de forma regular, sendo que na opinião dos profissionais as oportunidades de treino foram inadequadas. Mais concretamente, 55% dos profissionais foram sujeitos a treino no momento de admissão às instituições e 89% realizaram treino anualmente e 25% dos profissionais nunca realizaram treino na área de prevenção e controlo de infeção. O processo de avaliação de eficácia dos programas de treino foi efetivado através da recolha de feedback verbal (61%), fichas de avaliação (25%), testes de avaliação de conhecimentos (8%). Não obstante, algumas instituições não realizaram nenhum tipo de avaliação de eficácia do treino

(Lee et al, 2017). Nos sete estudos analisados vários foram os temas abordados nomeadamente: em quatro (57%) higiene das mãos (Koo et al, 2016; Raya Tena et al, 2021; Suppan et al, 2021; Trautner et al, 2017); em dois (29%) a utilização de equipamento de proteção individual (Koo et al, 2016; Raya Tena et al, 2021); em um (14%) conceitos relacionados com a cadeia epidemiológica (Koo et al, 2016); em dois (29%) cuidados ao cateter vesical (Koo et al, 2016; Trautner et al, 2017); em um (14%) antibióticos (Trautner et al, 2017); em um (14%) microrganismos multirresistentes (Koo et al, 2016); em um (14%) circuitos de limpos e sujos (Raya Tena et al, 2021); em um (14%) implementação de medidas de isolamento (Raya Tena et al, 2021); em três (43%) identificação de sinais e sintomas de doença (Trautner et al, 2017; Raya Tena et al, 2021; Suppan et al, 2021); em dois (29%) desinfeção de superfícies e equipamentos (Trautner et al, 2017; Raya Tena et al, 2021). Enfatiza-se, ainda, em dois estudos (29%) a abordagem de conteúdos especialmente concebidos para o contexto da pandemia por Covid-19 (Suppan et al, 2021; Raya Tena et al, 2021).

Avaliação dos conhecimentos e resultados

A avaliação de conhecimentos realizou-se em vários domínios da prevenção e controlo de infeção nomeadamente: em três estudos (43%) precauções básicas, higiene das mãos, uso de equipamento de proteção individual (Suppan et al, 2021; Au et al, 2021; Lee et al, 2017); em dois estudos (29%) infeções urinárias e cateteres vesicais (Trautner et al, 2017; Koo et al, 2016); em um estudo (14%) antibióticos (Trautner et al, 2017); em um estudo (14%) microrganismos multirresistentes (Koo et al, 2016). Outros dos temas avaliados num estudo (14%) incluíram trabalho em equipa e cultura de segurança (Trautner et al, 2017) e em dois estudos (29%) vacinação contra influenza e pneumococos (Lee et al, 2017; Kaur et al, 2017). Em três estudos é mencionado que a avaliação dos conhecimentos realizada na fase inicial dos estudos teve como objetivo a identificação dos conhecimentos de base dos profissionais (Kaur et al, 2017; Suppan et al, 2021; Raya Tena et al, 2021). Um dos estudos realizou uma avaliação sobre a intenção dos profissionais modificarem as práticas em prevenção e controlo de infeção identificando os motivos associados à mudança de comportamento (Suppan et al, 2021). Os resultados obtidos no estudo de Suppan et al (2021) salientam que os profissionais das ERPI após serem submetidos ao jogo a respeito de práticas em controlo de infeção relacionados com a pandemia Covid-19 apresentaram uma maior probabilidade de alterarem o seu comportamento no sentido de adotarem as medidas adequadas para a prevenção e controlo de infeção. Um terço dos profissionais considerou que desempenhava um papel relevante na pandemia e esse fator foi o elemento mais importante para a mudança de comportamento. A compreensão das razões subjacentes às recomendações divulgadas pelas Autoridades de Saúde locais também foi identificada como elemento promotor da mudança de comportamento. Por outro lado, os profissionais que não revelaram vontade para mudar o comportamento justificaram-se através do facto de já aplicarem todas as orientações recomendadas (Suppan et al, 2021). No estudo de avaliação da implementação de medidas de etiqueta respiratória, os resultados revelaram que todas as instituições tinham

orientações estabelecidas para a prevenção e controlo de doenças respiratórias com um nível de implementação adequada e em conformidade com recomendações emanadas pelas Autoridades de Saúde locais. Aliás é referido que 77% das instituições em que incidiu o seu estudo como forma de vigilância e monitorização da efetividade da implementação das medidas de etiqueta respiratória nas doenças respiratórias particularmente nas infeções por influenza, pneumococos e tuberculose realizaram anualmente observações e monitorizaram o consumo de equipamentos de proteção individual e uso de solução antisséptica de base alcoólica. No entanto, foram identificadas algumas barreiras à implementação das medidas pelos profissionais, nomeadamente, em termos de recursos humanos e materiais (toalhas/secadores de mãos, desinfetantes), falta de cooperação dos profissionais, residente e visitantes, carência de suporte organizacional e de vigilância clínica, bem como, inapropriadas áreas de isolamento (Lee et al, 2017). Ainda referente ao mesmo estudo, no que diz respeito à avaliação dos aspetos individuais, esta incluiu a análise das taxas de cobertura vacinal dos residentes e profissionais contra o vírus influenza e pneumococos, grau de adesão à higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, manuseamento de resíduos e equipamentos contaminados, controlo ambiental e os cuidados aos residentes infetados por influenza (Lee et al, 2017). Nesta linha de raciocínio num dos estudos foram identificados cinco indicadores de qualidade relacionados com infeções, nomeadamente, a percentagem de residentes com úlceras por pressão, a prevalência de infeções urinárias nos residentes, a percentagem de residentes com cateteres urinários e, por último, a cobertura vacinal dos residentes contra influenza e pneumococo (Kaur et al, 2017). Por seu turno, um outro estudo revela que os resultados obtidos em termos de avaliação de conhecimentos foram limitados no que concerne a precauções básicas e técnicas de higienização das mãos. Apenas 25% dos cuidadores formais identificaram corretamente o tempo adequado para a lavagem das mãos e apenas 10% sabiam qual o método mais eficaz para a eliminação dos microrganismos (Trautner et al, 2017). Adicionalmente, também no estudo de Au et al (2021) aplicando como instrumento de colheita de dados a observação direta aquando da realização de procedimentos (realizadas 1053 observações para cada um dos itens) permitiu avaliar os conhecimentos acerca do grau de adesão à higiene das mãos, ao uso de luvas e à adoção da etiqueta respiratória. Os resultados revelaram claras lacunas nos conhecimentos, pois em relação à higiene das mãos apenas 15% dos profissionais realizaram o procedimento de acordo com as recomendações da OMS para os "cinco momentos para a higiene das mãos". Além disso, as observações mostraram que 78% recorreram de forma inadequada ao uso de luvas e 32% falharam no uso de máscaras durante a prestação de cuidados aos residentes. Na avaliação da higiene das mãos verificou-se uma taxa de ausência do procedimento superior a 80%. A técnica utilizada com maior regularidade foi a lavagem com água e sabão e o recurso à fricção antisséptica das mãos ocorreu somente em 18% das situações. No caso dos profissionais de saúde a utilização desta técnica foi mais frequente do que nos cuidadores formais em que somente 1% destes profissionais realizavam a higiene das mãos através da fricção antisséptica. Globalmente verificou-se, neste estudo, que os cuidadores formais foram o

grupo de profissionais que apresentaram mais falhas em termos de adesão a uma adequada higiene das mãos e uso de luvas comparativamente ao grupo de profissionais de saúde. (Au et al, 2021). Complementarmente, no estudo de Lee et al (2017), verificou-se que os profissionais de saúde apresentaram pontuações mais elevadas em relação aos procedimentos inerentes à etiqueta respiratória. Os aspetos considerados mais relevantes para a implementação das medidas de etiqueta respiratória estão relacionados com: a perceção do profissional sobre o risco, a higiene das mãos, a promoção da saúde e segurança dos residentes e o nível de conhecimento sobre a etiqueta respiratória (Lee et al, 2017). O estudo de Trautner et al (2017) revela também a evidência de lacunas significativas no conhecimento sobre os sintomas clínicos de infeção do trato urinário associada ao catéter vesical e a correta distinção entre urocultura positiva assintomática e presença de infeção. A análise sobre infeção associada ao cateter vesical revelou que 99% dos profissionais tinham perceção que a febre e o aparecimento de estado confusional deveriam ser relatados aos enfermeiros. No entanto, verificaram-se muitas respostas incorretas nas questões relacionadas com os critérios de vigilância para a infeção associada ao cateter vesical. As alterações do estado mental foram reconhecidas como critério de infeção por 57.9% dos profissionais, contudo a febre foi identificada somente por cerca de um terço dos profissionais. Outros critérios relevantes (cor, odor, densidade/turvação) para justificar a realização de urocultura, não foram identificados. Cerca de 90% dos profissionais sabiam que o tratamento de bactérias na urina sem presença de sintomas de infeção do trato urinário aumenta o risco das resistências dos microrganismos. Um número muito significativo de profissionais (88%) reconheceu que o recurso à antibioterapia de forma criteriosa, limitando o seu uso excessivo e a higienização das mãos são medidas que proporcionam a prevenção e controlo de infeções (Trautner et al, 2017). De uma forma geral, os dados obtidos neste estudo evidenciaram conhecimentos limitados para temas relacionados com a prevenção e controlo de infeções, incluindo a higienização das mãos e que são transversais aos vários grupos profissionais confirmando-se a necessidade de formação dos profissionais sobre a prevenção e controlo de infeção (Trautner et al, 2017). Em alinhamento com o estudo de Trautner et al (2017), também Koo et al (2016), refere que os resultados obtidos no seu estudo demonstraram que, a realização, de ações de formação proporcionaram uma melhoria significativa nos conhecimentos dos profissionais, em particular nos temas: higiene das mãos, cuidados com os cateteres urinários e microrganismos multirresistentes. Nas situações dirigidas ao treino dos profissionais constatou uma melhoria significativa nos conhecimentos gerais sobre prevenção e controlo de infeções. As conclusões do estudo de Lee et al (2017) referem a necessidade de realizar treino dirigido às carências identificadas e a promoção da prática de higiene das mãos como elementos estruturais para garantir a eficácia da implementação das medidas de etiqueta respiratória. A adoção de material didático com estratégias interativas dirigidas aos enfermeiros foi especialmente eficaz para melhorar os conhecimentos destes profissionais (Koo et al, 2016). A mesma tendência verificou-se no estudo desenvolvido por Trautner et al (2017), onde os resultados evidenciaram que os enfermeiros obtiveram níveis de conhecimento

mais elevados e melhoraram significativamente os resultados em comparação aos cuidadores formais.

DISCUSSÃO

Nesta *scoping review* constatou-se que a produção de conhecimento relacionado com a prevenção e controlo de infeção tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, particularmente para o contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas conforme estabelecido para este estudo. A área da prevenção e controlo de infeção está bastante desenvolvida para os contextos de cuidados de saúde hospitalares em detrimento de outros contextos, mas considerando o objetivo estipulado só foram incluídos estudos desenvolvidos no contexto escolhido. Dos estudos incluídos existe predomínio do paradigma positivista com os estudos quantitativos. Os resultados obtidos nesta *scoping review* identificaram os questionários, incluindo os testes de avaliação de conhecimentos, como o instrumento de recolha de dados mais utilizado para avaliar as práticas em prevenção e controlo de infeção. Como principais achados, destacam-se três categorias principais: características sociodemográficas; estratégias formativas e temas; avaliação dos conhecimentos e resultados. Os estudos focam que os conhecimentos dos profissionais na área da prevenção e controlo de infeção revelam importantes lacunas que podem ser colmatadas com a realização de formação. Algumas das estratégias formativas, nomeadamente as dirigidas ao treino, comprovam a sua necessidade, no momento de admissão dos novos profissionais e de forma regular. Os temas de formação incluem-se no âmbito das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, particularmente, a higiene das mãos e utilização dos equipamentos de proteção individual e a abordagem às infeções de maior prevalência para o contexto, as infeções urinárias e as infeções respiratórias. A formação e o treino em prevenção e controlo de infeção devem abranger todos os profissionais das instituições, numa perspetiva de formação contínua (DGS, 2017; DGS, 2021). Preconiza-se que os programas formativos utilizem estratégias participativas, com simulação e treino de casos, promovendo a redução do risco de transmissão de infeções (OMS, 2016b). Um dos exemplos de estratégias participativas é o caso do jogo online que comprovou ser mais efetivo na indução da alteração do comportamento do que a simples apresentação das guidelines em prevenção e controlo da infeção (Suppan et al, 2021). Foram realizadas sessões educacionais interativas sobre vários tópicos relacionados com a prevenção e controlo de infeção e avaliado o conhecimento dos profissionais antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram que houve uma melhoria significativa nos conhecimentos (Koo et al, 2016). O investimento na formação profissional contínua permite a valorização da profissão, o desenvolvimento pessoal e aumenta a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas (Sousa, 2011). A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde necessita de uma abordagem que seja adequada aos cuidadores permitindo o alargamento das competências profissionais (Cazzoletti et al, 2021). A formação dirigida aos cuidadores formais e direcionada à falta de conhecimentos identificados, provavelmente, contribuiu para a ausência de infeção por covid-19 (Tena Raya et al,

2021). O contexto de ERPI revela-se desafiador para a formação dos profissionais devido à constante rotatividade e à variação no nível de treino. A intervenção realizada melhorou significativamente os conhecimentos, reduziu as infeções e aumentou a segurança dos residentes (Koo et al, 2016). Como referido por Chow (2020), vários estudos salientam a relevância da formação dos profissionais em prevenção e controlo de infeção. Abordar as áreas incluídas nas Precauções Básicas de Controlo de Infeção são fundamentais para a formação dos cuidadores formais (Puto et al, 2020). Também, os estudos incluídos nesta análise evidenciaram a importância da formação dos profissionais. As instituições que realizaram treino dos profissionais, no momento da admissão e perante a ocorrência de surtos de infeção apresentaram melhores resultados (Kaur et al, 2017). No estudo observacional desenvolvido por Au et al (2021), os cuidadores formais foram o grupo profissional que apresentou mais inconformidades nos procedimentos analisados (higiene das mãos, uso de luvas e uso de proteção respiratória), dados que salientam a necessidade de monitorização contínua e o treino (Au et al, 2021). É importante garantir a identificação das necessidades de formação, a realização de treino dirigido e a promoção das práticas adequadas em termos de prevenção e controlo de infeção (Lee et al, 2017). Os resultados do estudo têm implicações importantes para as políticas e práticas de prevenção de infeções (Trautner et al 2017). Verificou-se que instituições onde estão implementados programas de qualidade apresentam melhores resultados em relação às instituições sem programas de qualidade instituídos (Kaur et al, 2017).

Limitações do Estudo

Esta revisão procurou avaliar a literatura existente considerando os critérios de elegibilidade definidos à priori. Verificou-se somente um estudo de intervenção comunitária dirigido em exclusivo aos cuidadores. Os restantes estudos abrangeram vários grupos profissionais e nem sempre a análise permitiu retirar conclusões sobre o grupo específico dos cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam um dos eventos adversos mais prevalentes com impacto negativo em várias dimensões. A prevenção e controlo de infeção é fundamental para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A formação dos profissionais, em geral e dos cuidadores formais em particular, é uma das pedras basilares para a promoção de práticas de cuidados seguros. O treino dos profissionais deve abranger todos os profissionais, realizado de forma regular, dirigido às necessidades identificadas e abrangente aos diversos temas incluídos nos programas de prevenção e controlo de infeção particularmente nas precauções básicas de controlo de infeção, mas com especial enfoque na higiene das mãos, equipamento de proteção individual e no controlo ambiental incluindo a desinfeção de instalações e equipamentos como é preconizado pela OMS. Os profissionais de saúde comunitária e saúde pública têm um papel importante na definição dos modelos residenciais que cuidem e valorize as pessoas idosas (Tena Raya et al, 2021).

Referências Bibliográficas

- Alves, M. et al. (2015). *Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em Enfermagem*. Coimbra. ISBN: 978-989-20-5798-9.
- Anderson, E. & Durstine, J. (2019). Physical activity, exercise and chronic diseases: a brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 3 (10), 1-8. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
- Arksey H, O'Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19–32. Retirado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616>.
- Au, J., Suen, L., & Lam, S. (2020). Observational Study of Compliance With Infection Control Practices Among Healthcare Workers in Subsidized and Private Residential Care Homes. *BMC Infectious Diseases*, 21 (75), 1-23. Retirado de <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-05767-8>
- Chow, L. (2020). Care homes and COVID-19 in Hong Kong: how the lessons from SARS were used to good effect. *Age and Ageing*, 50, 1-4. Retirado de <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa234>
- Decreto-lei 414/99, de 15 de outubro (1999). *Criação de carreiras nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade*. Diário da República, 1ª Série A, 241, 6967 – 6971. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Retirado de <https://files.dre.pt/1s/1999/10/241a00/69676971.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Retirado de https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013, 12 de junho). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. [Página online]. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- European Centre for Disease Control and Prevention. (2022). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe. Retirado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-WHO-AMR-report.pdf>
- Gil, A. (2020). *Estruturas residenciais para pessoas idosas*. Cidades [Online], 40. Retirado de <http://journals.openedition.org/cidades/2198>

- Gonçalves, S.; Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria Cuidados Humanizados*, 11(1), pp. 2746. Retirado de <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, 31 de março). *Projeções de População Residente em Portugal*. [Página online]. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kaur, J., Stone, P., Travers, J., Cohen, C. & Herzig, C. (2017). Influence of staff infection control training on infection-related quality measures in US nursing homes. *American Journal of Infection Control*, 45(9), 1035-1040. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.285>
- Koo, E., McNamara, S., Lansing, B., Olmsted, R., Rye, R. & Fitzgerald, T. (2016). Making infection prevention education interactive can enhance knowledge and improve outcomes: Results from the Targeted Infection Prevention (TIP) Study. *American Journal Infection Control*, 44(11), 1241-1246. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27553671/>
- Lee, D., Yu, D., Ip, M. & Tang, J. (2017). Evaluation on the implementation of respiratory protection measures in old age homes. *Clinical Interventions in Aging*, 11/12, 1429-1438. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5600266/>
- Llena-Nozal, A., Rocard, E. & Sillitti, P. (2022). *Providing long-term care: Options for a better workforce*. Paris: OCDE. Retirado de <https://doi.org/10.1111/issr.12310>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Retirado de: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Genebra. Autor. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide A systematic review of the literature*. Genebra: Autor. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde. (2016a). *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. Genebra: Autor. Retirado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde. (2016b). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Genebra: Autor. Retirado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Genebra. Autor. Retirado de: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5)

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2020). *Workforce and safety in long-term care during the covid-19 pandemic*. Paris: Autor. Retirado de Workforce and Safety in Long-term Care during the COVID-19 pandemic (oecd-ilibrary.org)
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: Autor. Retirado de <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências (Capítulo 11: Scoping Reviews). Retirado de <https://synthesismanual.jbi.global>
- Pinheira, V.; Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 225-236. Retirado de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/6526/1/1124-3516-1-PB%20%281%29.pdf>
- Portaria 67/2012, de 21 de março. (2012). *Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas*. Diário da República, 1ª Série, 58, 1324/1329. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>
- Puto, G., Wójkowska-Mach, J., Walszek, M., Repka, I. & Róžańska, A. (2020). Selected aspects of the knowledge and practice concerning hand hygiene guidelines in the context of infection control structures in hospitals and long-term care facilities – findings of a questionnaire survey. *Medycyna Pracy*, 24(5), 531-537. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870181/>
- Raya Tena, A., Bueno, C., Cortina, A., Liébana, L. (2021). Experiencia de Atención Comunitaria en residencias de ancianos durante la primera ola de la pandemia COVID-19. *Metas de Enfermería*, 24(7), 72–77. Retirado de <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081799>
- Sloane, D., Zimmerman, S. & Nace, D. (2020). Progress and Challenges in the Management of Nursing Home Infections. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(1), 1-4. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.025>.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípios. Parede. ISBN:9789897160288.
- Suppan, M., Abbas, M., Catho, G., Stuby, L., Regard, S., Achab, S., Harbarth, S., & Suppan, L. (2021). Impact of a Serious Game (Escape COVID-19) on the Intention to Change COVID-19 Control Practices Among Employees of Long-term Care Facilities: Web-Based Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), 27443. Retirado de <https://doi.org/10.2196/27443>.
- Trautner, B., Greene, M., Krein, S., Wald, H., Saint, S., Rolle, A., McNamara, S., Edson, B. & Mody, L. (2017). Infection Prevention and Antimicrobial Stewardship Knowledge for Selected Infections Among Nursing Home Personnel. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 38(1), 83–88. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5828502/>
- Tricco, A., Erin Lillie, E., Zarin, w., O'Brien, K. Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. et al (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and

explanation. *American College of Physicians*, 169, 467-473. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>

Wang, X., Wilson, C., & Holmes, K. (2021). Role of Nursing Home Quality on COVID-19 Cases and Deaths: Evidence from Florida Nursing Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 64 (8), 885–901. Retirado de <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1950255>

Wood, D. (2018). Infection prevention in care homes: the role of community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 24 (1), 16-19. Retirado de <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.1.16>

ANEXOS

ANEXO I – Resposta ao pedido de autorização dirigido ao Diretor Executivo do ACeS

De: José Carlos Capucho Queimado | ACES loures Odivelas - Diretor Executivo <jose.queimado@arslvt.min-saude.pt>

Enviado: 29 de setembro de 2022 09:14

Para: Liliana Faustino Martins Casimiro <s-lfcasimiro@ucp.pt>

Assunto: RE: Requerimento a solicitar autorização para projeto de intervenção

Bom dia,

Autorizado nos termos propostos.

Cumprimentos,

José Carlos Queimado

Diretor Executivo

ACES Loures-Odivelas

Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte

2685-160 Sacavém

Telef. 219492402



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**ANEXO II – Resposta ao pedido de autorização dirigido ao Presidente da instituição
alvo do projeto de intervenção comunitária**

RE: Requerimento para autorização de implementação de projeto de intervenção

Isabel Plácido <isabelplacido@alpm-loures.com>

sex, 11/11/2022 13:42

Para: Líliliana Faustino Martins Casimiro <lfcasimiro@ucp.pt>

Cc: Rita Piseiro <ritapiseiro@alpm-loures.com>

Boa tarde Enf.ª Líliliana

Pedimos desculpa pelo lapso de não ter sido dada resposta ao seu email atempadamente.

Envio em anexo o seu requerimento já assinado pela direção, que autoriza a implementação do projeto e, em conformidade com o solicitado, a identificação e logotipo da ALPM para o relatório de estágio. Envio o nosso logotipo em anexo.

Votos de um bom trabalho.

Caso necessite de algum documento ou informação pode enviar diretamente para este email.

Com os melhores cumprimentos.

Isabel Plácido

Diretora Técnica

isabelplacido@alpm-loures.com



telefone 21 983 00 58
e-mail: sede@alpm-loures.com
web: www.alpm-loures.com
facebook: www.fb.com/AssociacaoLuizPereiraMotta



Exmo. Sr. º Presidente da Direção da Associação Luíz Pereira Motta
Sr. º José Maria Lourenço

Assunto: Pedido de autorização para implementação de um projeto de intervenção comunitária

Eu, Líliliana Faustino Martins Casimiro, licenciada em Enfermagem, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar o Estágio Final e Relatório na Unidade de Saúde Pública, Professor J. Pereira Miguel, do ACeS Loures Odíveis sob orientação clínica da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Ana Lúcia Marques e proponho a realização de um projeto de intervenção comunitária.

O projeto recairá sobre a problemática da Prevenção e Controlo da Infeção, preconizando-se a realização de sessões de formação dirigidas ao grupo profissional da Ajudantes de Ação Direta da vossa instituição alocadas à valência de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Solicita-se a vossa autorização proceder à avaliação das necessidades formativas neste grupo profissional como estratégia de identificação dos temas considerados mais pertinentes e prioritários.

Solicita-se ainda, autorização para a identificação e a divulgação do nome da vossa instituição e respetivos logotipos no relatório final do estágio que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018).

Considerando a limitação temporal para o planeamento, implementação e avaliação do projeto de intervenção aguarda-se pelo parecer de V. Exma. na brevidade possível.

Agradece-se a atenção dispensada.

Loures, 11 de outubro de 2022.

À superior consideração de V. Exma.

Assinado por: LILIANA FAUSTINO MARTINS
CASIMIRO
Num. de identificação: 11399496
Data: 2022.10.11 12:50:40+01'00'



De acordo com o solicitado
11/11/2022
Associação Luíz Pereira Motta
NIPC: 500982.051
Poa. António Francisco de Silva Pereira, n.º 6
2570-400 Loures

ANEXO III – Comissão organizadora do V Seminário Internacional de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Liliana Faustino Martins Casimiro**, mestranda no 15º curso do Mestrado em Enfermagem, área Comunitária e de Saúde Pública, integrou a Comissão Organizadora e participou no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, Compus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

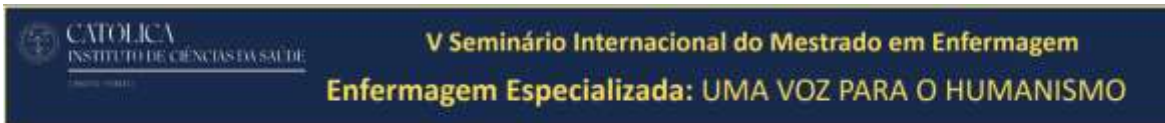


A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-022 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paresses "Diálogo à Esperança: Da Diversidade terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Correia "Recém-nascido com intestino intestinal e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A influência do nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yari Glátron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A essência e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizada."

Rai Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lúcia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniquil Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Sem cessar para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica Alos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

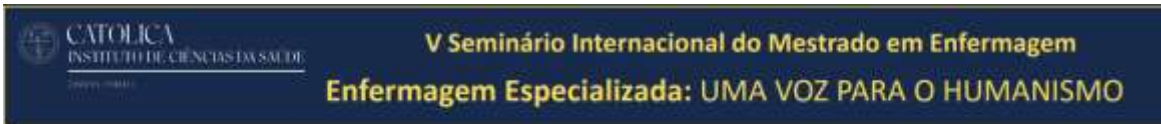
- ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-022 Lisboa • Portugal

ANEXO IV – Moderação da Mesa “Enfermagem especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública” no V Seminário Internacional de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Liliana Faustino Martins Casimiro**, estudante n.º 192021097, moderou a mesa **ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA** no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem [Lisboa], do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

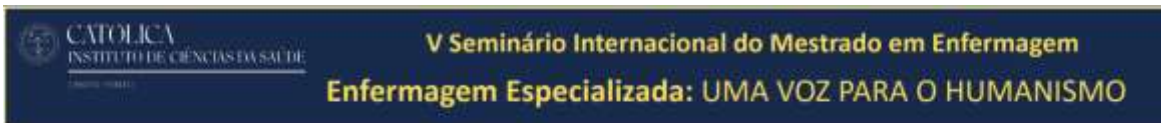


A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-003 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

- Ana Paramas "Direção à Esperança: Da dimensão terapêutica da esperança à humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
- Milpa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
- Joana Correia "Nascem-nosco com sistemas intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo Vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yuri Galton

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

- Isabel Pica "A essuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
- Rui Pires "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
- Liliana Facheira Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão de cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Correia Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

- Joana Costa "Sem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
- Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
- Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

13:45 – Apresentação de Posters

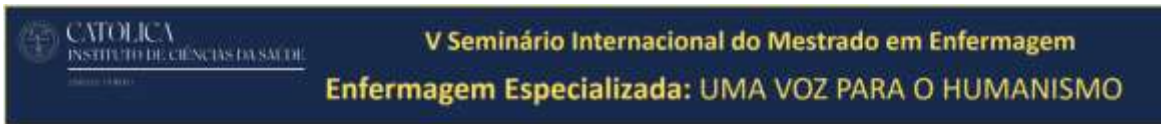
- ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-003 Lisboa • Portugal

ANEXO V – Póster “Intervenções de enfermagem promotoras da segurança do doente em cuidados de saúde primários: *Scoping review*” apresentado no V Seminário Internacional de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Ana Martins, Liliانا Martins Casimiro; Prof. Dra. Cândida Ferrito apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 15 com o tema *Intervenções de enfermagem promotoras da segurança do doente em cuidados de saúde primários: scoping review* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

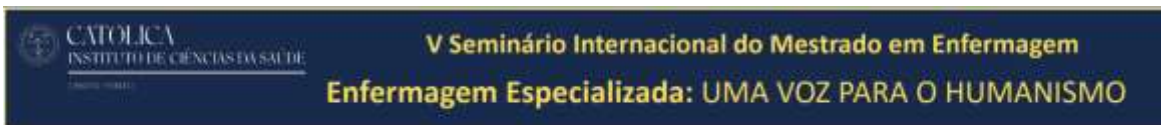


A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Amélia Simões Baguezedo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

- Ana Paramas "Direção à Esperança: Da dimensão terapêutica da esperança à humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
- Milga Ferreira "Disposição da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
- Joana Cereja "Recém-nascido com ostomia intestinal e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yuri Galton

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

- Isabel Pica "A essuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
- Rui Pires "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
- Lúcia Facheira Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão de cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Carriçal Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliانا Martins Casimiro

- Joana Costa "Sem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
- Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
- Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

- ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO VI – Comunicação oral apresentada no IV Encontro Internacional de Enfermagem Militar

