



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**PREVENIR A INFEÇÃO EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA**

**PREVENTING INFECTION IN RESIDENTIAL STRUCTURES  
PUBLIC HEALTH NURSING INTERVENTION**

Por

Sandra Simão dos Santos

Lisboa, 2023



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**PREVENIR A INFEÇÃO EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA**

**PREVENTING INFECTION IN RESIDENTIAL STRUCTURES  
PUBLIC HEALTH NURSING INTERVENTION**

Por

Sandra Simão dos Santos

Sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Bernardo Garcia

Lisboa, 2023



*“Não é o trabalho, mas o saber trabalhar, que é o segredo do êxito no trabalho. Saber trabalhar quer dizer: não fazer um esforço inútil, persistir no esforço até ao fim, e saber reconstruir uma orientação quando se verificou que ela era, ou se tornou, errada.”*

Fernando Pessoa



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu namorado pelo apoio, disponibilidade, carinho, paciência, motivação, compreensão e confiança que tanto contribuíram para minha resiliência e firmeza durante este percurso, não permitindo que as adversidades me desencorajassem.

À professora Doutora Elisa Garcia, pela total disponibilidade, enorme dedicação, por todos os conhecimentos e saberes que partilhou comigo, pela motivação, paciência, *feedback* contínuo e pela confiança transmitida em todos os momentos, foi sem dúvida, um privilégio tê-la como orientadora e como inspiração ao longo deste percurso de aprendizagem.

À enfermeira orientadora Rita Mota pelo apoio contínuo, disponibilidade, motivação, perseverança, rigor, pelos saberes transmitidos e pela colaboração constante desde o primeiro dia de estágio. Sem dúvida alguma, que a relação de entreajuda estabelecida, foi um fator primordial durante toda esta caminhada.

À enfermeira Fátima Santos e enfermeira Ana Fortes, pela motivação, disponibilidade e apoio manifestado durante todo o estágio.

À instituição ERPI onde foi implementado o meu projeto, especialmente ao enfermeiro coordenador, pelo acolhimento, receptividade e disponibilidade durante todo o projeto.

Às equipas de enfermagem das diferentes unidades funcionais e equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria pela colaboração e parceria estabelecida.

À minha família e amigos, pela compreensão em todas as minhas ausências, pela confiança, motivação e incentivo constante.

Aos meus colegas de serviço pelo apoio, compreensão e motivação nos momentos de maior vulnerabilidade.

Aos meus colegas do 15º curso de mestrado, pela partilha, entreajuda e apoio constante.

Às distintas pessoas, com as quais contactei direta ou indiretamente durante este processo e que contribuíram para o desenvolvimento deste relatório.

A todos, estou muito grata!



## RESUMO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno atual e, o crescente aumento do número de idosos conduz ao incremento da dependência de cuidados de saúde (Anderson & Durstine, 2019). A pessoa com dependência recorre a diversas respostas sociais, ocorrendo em muitas situações a sua institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (Instituto de Segurança Social, 2007). Estas instituições, são um local propício para a transmissão de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais constituem um problema de saúde pública em crescimento (DGS, 2017).

Este projeto de intervenção foi desenvolvido numa ERPI e a população alvo selecionada foram as Ajudantes de Ação Direta (AAD). Foi suportado pela metodologia do planeamento da saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e pelo modelo de promoção de saúde de Nola Pender (2019). Para o diagnóstico de situação realizaram-se reuniões com peritos, pesquisou-se evidência científica atual e recorreu-se à utilização do questionário “Perceção e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos e suas implicações na IACS”, o qual permitiu recolher dados, sendo estes analisados e interpretados através da estatística descritiva. Os diagnósticos de enfermagem identificados direcionaram-se para o conhecimento e a perceção comprometida das AAD relativamente à prevenção e controlo das IACS, favorecendo o risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas. Os problemas foram priorizados de acordo com a grelha de análise, sendo estabelecidos objetivos, metas e indicadores de impacto e atividades. Definiu-se como objetivo geral “contribuir para a diminuição das IACS na ERPI X através da capacitação das AAD” quanto à prevenção das infeções, promovendo a saúde e prevenindo a doença e, a estratégia de intervenção foi principalmente, a educacional. As atividades planeadas foram executadas e os indicadores de atividade foram atingidos. Devido ao critério temporal, não foi possível avaliar os indicadores de resultado do projeto, propondo-se a avaliação posterior pela equipa de enfermagem da ERPI X, a qual permitirá avaliar o seu impacto, analisar modificações na intervenção assistencial das AAD e, observar a existência de alterações na incidência de diagnósticos de IACS na ERPI X, após um ano. Foram adquiridas e desenvolvidas as competências de mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Dependência, IACS, ERPI, AAD, Enfermagem de Saúde Pública



## **ABSTRACT**

Demographic aging is a current phenomenon and the increasing number of elderly individuals leads to an increase in healthcare dependency (Anderson & Durstine, 2019). People with dependency rely on various social responses, often resulting in institutionalization in Residential Structures for Elderly People (RSEP) (Instituto de Segurança Social, 2007). These institutions are a conducive place for the transmission of Healthcare-Associated Infections (HAI), which are a growing public health problem (DGS, 2017).

This intervention project was developed in an RSEP, and the target population selected were Direct Action Aides (DAA). It was supported by the health planning methodology of Imperatori and Giraldes (1993) and the health promotion model of Nola Pender (2019). For the situation diagnosis, meetings were held with experts, current scientific evidence was researched, and the "Perception and knowledge of healthcare professionals about hand hygiene and its implications in HAI" questionnaire was used to collect data, which was analyzed and interpreted through descriptive statistics. Nursing diagnoses were identified as compromised knowledge and perception of DAA regarding the prevention and control of HAI, favoring the risk of cross-infection in institutionalized individuals. Problems were prioritized according to the analysis grid, and objectives, goals, impact indicators, and activities were established. The overall objective was to "contribute to the reduction of HAI in RSEP X by empowering DAA" in infection prevention, promoting health, and preventing disease, with the main intervention strategy being educational. The planned activities were executed, and the activity indicators were achieved. Due to time constraints, it was not possible to evaluate the project's outcome indicators, proposing subsequent evaluation by the nursing team of RSEP X, which will allow for the assessment of its impact, analyze changes in DAA's care intervention, and observe changes in the incidence of HAI diagnoses in RSEP X after one year. The competencies of a community nursing specialist and public health nurse were acquired and developed.

**Keywords:** Aging, Dependency, HAI, RSEP, DAA, Public Health Nursing



## **LISTA DE SIGLAS**

- AAD-** Ajudantes de ação direta
- ACES-** Agrupamento de centros de saúde
- CIPE-** Classificação internacional para a prática de enfermagem
- CS-** Centros de saúde
- DCNT-** Doenças crónicas não transmissíveis
- DGS-** Direção-Geral da Saúde
- ECDC-** Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças
- ECSP-** Enfermagem comunitária e de saúde pública
- ERPI-** Estruturas residenciais para pessoas idosas
- FG-** Francisco George
- HM-** Higiene das mãos
- IACS-** Infeções associadas aos cuidados de saúde
- ID-** Índice de dependência
- IE-** Índice de envelhecimento
- INE-** Instituto Nacional de Estatística
- ITU-** Infeção do trato urinário
- LN-** Lisboa norte
- MPSNP-** Modelo de promoção de saúde de Nola Pender
- OE-** Ordem dos Enfermeiros
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- PBCI-** Precauções básicas de controlo da infeção
- PLS-** Plano local de saúde

**PNS-** Plano nacional de saúde

**PNSD-** Plano nacional para a segurança dos doentes

**PPCIRA-** Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos

**SABA-** Solução antisséptica de base alcoólica

**SNS-** Serviço nacional de saúde

**SP-** Saúde pública

**UCC-** Unidade de cuidados na comunidade

**UCP-** Universidade Católica Portuguesa

**USP-** Unidade de saúde pública

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>19</b>
1.1. Dados epidemiológicos .....	20
1.2. Relação entre o envelhecimento demográfico e as implicações das IACS nas pessoas	21
1.3. Causas e implicações nos serviços de saúde .....	24
1.4. Estruturas residências para pessoas idosas como resposta social.....	26
1.4.1. Ajudantes de ação direta como principais cuidadores das ERPI .....	27
1.5. Prevenção da infecção e a segurança das pessoas institucionalizadas .....	29
1.6. A intervenção do enfermeiro.....	32
1.7. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender .....	34
<b>2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE</b> .....	<b>37</b>
2.1. Diagnóstico de situação.....	37
2.1.1. Caracterização do local de estágio .....	38
2.1.2. Identificação de problemas .....	39
2.1.3. População alvo e amostra.....	41
2.1.4. Método e instrumento de recolha da informação .....	42
2.1.5. Tratamento da informação .....	45
2.1.6. Apresentação e análise de resultados .....	45
2.1.7. Diagnósticos de enfermagem .....	51
2.2. Definição de prioridades .....	53
2.3. Fixação de objetivos e metas.....	55
2.4. Seleção de estratégias.....	59
2.5. Elaboração de programas e projetos.....	60
2.6. Preparação da execução .....	62
2.7. Avaliação do projeto .....	64
2.8. Implicações do projeto para a prática clínica .....	68
<b>3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ECSP</b> .....	<b>70</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>75</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I-** Instrumento de recolha da informação (original)

**ANEXO II-** Instrumento de recolha da informação (aplicado)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I-** Guião de reunião utilizado na ERPI X

**APÊNDICE II-** Análise e interpretação dos dados obtidos com a aplicação do questionário

**APÊNDICE III-** Plano operacional da sessão formativa

**APÊNDICE IV-** Sessão formativa

**APÊNDICE V-** Folheto informativo

**APÊNDICE VI-** Manual de integração das AAD à estrutura residencial

**APÊNDICE VII-** Cronograma de atividades

**APÊNDICE VIII-** Convocatória para a sessão formativa

**APÊNDICE XIX-** Questionário de avaliação da satisfação das AAD em relação à sessão formativa

**APÊNDICE X-** Ficha de avaliação de conhecimentos

**APÊNDICE XI-** Folha de presenças da sessão formativa

**APÊNDICE XII-** Apresentação USP

**APÊNDICE XIII-** Indicadores de atividade estabelecidos para a sessão formativa, relacionados com as metas e os resultados obtidos

**APÊNDICE XIV-** Avaliação do projeto

**APÊNDICE XV-** Pedido e autorização do ACES para realizar o projeto de intervenção

**APÊNDICE XVI-** Pedido e autorização da direção da ERPI X para implementação do projeto de intervenção

**APÊNDICE XVII-** Pedido e autorização para aplicação do questionário

**APÊNDICE XVIII-** Termo de consentimento livre e esclarecido

**APÊNDICE XIX-** Póster científico

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Interpretação das três dimensões do MPSNP .....	36
<b>Quadro 2 -</b> Enunciados dos diagnósticos de enfermagem.....	52
<b>Quadro 3-</b> Grelha de análise para priorização dos problemas identificados .....	54
<b>Quadro 4-</b> Associação entre o objetivo geral, os objetivos específicos, atividades, metas e indicadores de atividade .....	56
<b>Quadro 5-</b> Indicadores de resultado ou impacto do projeto .....	58
<b>Quadro 6-</b> Indicadores de atividade relacionados com as metas fixadas e os resultados atingidos .....	64

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Índice de envelhecimento em Portugal entre 1991 e 2080 .....	22
<b>Figura 2-</b> Pirâmide etária em Portugal entre 2009 e 2019.....	22
<b>Figura 3-</b> Diagrama do MPSNP .....	35
<b>Figura 4-</b> Idade dos participantes .....	46
<b>Figura 5-</b> Experiência profissional das AAD na área da saúde .....	47
<b>Figura 6-</b> Formação sobre HM .....	48
<b>Figura 7-</b> Avaliação da percepção da presença de IACS nas pessoas institucionalizadas ...	48
<b>Figura 8-</b> Esforço despendido com a HM .....	49
<b>Figura 9-</b> Tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana nas mãos .	50
<b>Figura 10-</b> Método de HM aplicável a distintas situações no contexto da prestação de cuidados .....	50



## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no 3.º semestre do 15.º curso de mestrado em enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), realizou-se o presente relatório. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) Dr. Francisco George (FG), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte (LN), entre 5 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023.

Durante o mestrado, a prática clínica desenvolvida em estágio, é um elemento basilar para a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes à área de especialização em ECSP e, através da realização do relatório o estudante deverá demonstrar capacidade para: compreender a informação adquirida pela sua formação e pelas experiências pessoais e profissionais; comunicar os problemas da comunidade; transmitir os resultados obtidos com a prática e investigação; avaliar métodos e realizar uma análise crítico-reflexiva dos problemas, tendo em conta a população da área onde o estágio foi realizado (UCP, 2022).

O envelhecimento demográfico, é um fenómeno importante da sociedade e, embora a esperança média de vida tenha aumentado, a esse indicador associam-se as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). O aumento do número de idosos e das DCNT contribui para a dependência de cuidados de saúde (Anderson & Durstine, 2019). A pessoa dependente ao necessitar de cuidados, recorre a diversas respostas, as quais passam muitas vezes pela institucionalização em ERPI (Instituto de Segurança Social, 2007). Nas ERPI, os residentes encontram-se muitas vezes em situação de vulnerabilidade, o que propicia a transmissão de infeções (Sloane, Zimmerman, & Nace, 2020).

As IACS são um problema de Saúde Pública (SP), com importância crescente à escala mundial (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Dada a magnitude destas infeções, a pertinência deste projeto centra-se na necessidade de prevenir a doença, promover a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas AAD, nas ERPI. Só através da intervenção *in loco*, é possível identificar as reais necessidades e, intervir capacitando o grupo-alvo para agir com mais conhecimento e segurança.

Neste contexto, surge o projeto de intervenção “Prevenir a infecção em estruturas residenciais: intervenção de enfermagem de saúde pública”, desenvolvido de acordo com a metodologia do planejamento da saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993) e, suportado pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (MPSNP) (2019). O tema do projeto foi identificado na fase do diagnóstico de situação, através da análise de evidência científica e de documentos oficiais da USP, realização de reuniões exploratórias com peritos, aplicação do questionário “Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos e suas implicações na IACS” às AAD e, análise e interpretação dos dados obtidos pela estatística descritiva. Foram identificados problemas e necessidades de saúde relacionados com a elevada incidência das IACS nas pessoas institucionalizadas na ERPI X. Os diagnósticos de enfermagem identificados, resultam da falta de conhecimento e baixa percepção das AAD quanto à prevenção e controlo das IACS, o que aumenta o risco de infecção cruzada. Os diagnósticos foram priorizados pela grelha de análise e, desenvolveu-se este projeto com o objetivo de “contribuir para a diminuição das infecções na ERPI X, através da capacitação do grupo de AAD”, prevenindo a doença e promovendo a saúde. Face à iliteracia identificada sobre o tema em análise, foi adotada como principal estratégia interventiva a realização de intervenções formativas com o grupo-alvo, contribuindo para a melhoria dos seus conhecimentos sobre o tema.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo, é dedicado à justificação da temática dividindo-se em subcapítulos nos quais, é exposto o problema de SP e a sua caracterização epidemiológica; são desenvolvidos conceitos essenciais como o envelhecimento, as causas e implicações das IACS, as instituições ERPI e as AAD como principais cuidadoras destas instituições; analisadas as estratégias preventivas conducentes à segurança dos indivíduos e, elucidada a intervenção do enfermeiro face ao problema de saúde identificado. É ainda explorado o conceito de promoção da saúde, de acordo com o MPSNP. O segundo capítulo, compreende a metodologia do planejamento da saúde adotada, subdividindo-se nas suas distintas etapas, sendo também apresentadas as implicações do projeto para a prática clínica. O terceiro capítulo, explana as competências desenvolvidas e adquiridas enquanto mestre e enfermeira especialista em ECSP. Por fim, são expostas as considerações finais as quais são seguidas dos anexos e apêndices.

A forma de referenciação das citações no texto, e a elaboração das referências bibliográficas no final do documento, seguem as normas da *American Psychological Association 7ªEd.*

## **1. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

De acordo com Pina, Ferreira e Uva (2019), a infeção é uma problemática analisada e debatida ao longo das décadas. A infeção nos seus primórdios, foi interpretada como um castigo divino, sendo as primeiras menções sobre a temática datadas de 325 d.C. Posteriormente, assumiu-se que a origem da infeção se relacionaria com os ambientes insalubres, uma vez que a disseminação das infeções era célere, através do contacto direto entre doentes, no mesmo ambiente, causando uma elevada mortalidade. Em 1847, Ignaz Semmelweis percebeu que a origem principal da transmissão das infeções residia nos profissionais de saúde, demonstrando já na época, a eficácia da desinfeção das mãos durante a prestação de cuidados, como uma medida essencial para a prevenção da infeção. Já em 1867, Joseph Lister identificou um elevado número de infeções decorrentes de cirurgias, introduzindo o conceito de antissepsia, reduzindo a mortalidade de origem infecciosa após o início da utilização de antissépticos na realização de cirurgias. Por sua vez, em 1928 Alexander Fleming, descobriu os antimicrobianos através da Penicilina, contribuindo para a redução da mortalidade durante a segunda guerra mundial (Pina, Ferreira, & Uva, 2019).

Já no século XIX, a enfermeira Florence Nightingale, descobriu que as infeções tinham origem nos cuidados de saúde prestados. Nightingale consciencializou as equipas para a importância das condições sanitárias e ambientais na prevenção da infeção, nomeadamente: a limpeza e ventilação, a iluminação, o controlo dos odores e dos sistemas de esgotos, reforçando na época, a necessidade emergente de estabelecer medidas preventivas (Pina, Ferreira, & Uva, 2019). Os contributos de Semmelweiss, Lister e Nightingale, são referências essenciais para a evolução do pensamento moderno sobre as IACS (DGS, 2007).

Em Portugal, a infeção foi abordada a primeira vez em 1930 e, em 1999, foi desenvolvido o primeiro programa de controlo da infeção, com o intuito de consciencializar a população para o impacto do tema e introduzir medidas preventivas, potenciando a origem de distintos programas e normas no âmbito das IACS, ao longo das décadas (Flores, 2021).

Na literatura, o conceito de infecção hospitalar é o termo mais destacado. Contudo, o conceito evoluiu para infecção nosocomial e, na atualidade, é utilizado o termo IACS (Flores, 2021). As IACS são definidas como a infecção adquirida pela pessoa durante a prestação de cuidados de saúde, a qual não existia antes da sua admissão, podendo ocorrer num hospital ou em outra instituição prestadora de cuidados de saúde. As IACS contemplam também, as infecções que se manifestam após a alta bem como, as infecções de origem ocupacional que afetam os profissionais de saúde destas instituições (OMS, 2022). No que concerne aos eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde, as IACS são identificadas como o principal incidente, provocado por microrganismos multirresistentes que, afetam as pessoas internadas e/ou institucionalizadas, as visitas e os profissionais de saúde (OMS, 2022). Neste âmbito, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), explana que a problemática das infecções é uma crescente ameaça à saúde das populações, à escala global. Dadas as suas implicações para as pessoas, comunidade e serviços de saúde, são consideradas um problema de SP que não pode ser ignorado por nenhum país e/ou instituições de saúde, sendo crucial analisar as suas dimensões e implementar medidas preventivas (Gonçalves & Carmo, 2022).

### **1.1. Dados epidemiológicos**

De acordo com a OMS (2022), uma estimativa internacional sobre o número de mortes atribuíveis às IACS, prevê que mais de 10 milhões de pessoas irão morrer anualmente, até 2050, se não forem implementadas medidas preventivas. Já na Europa, o impacto das IACS no incremento da mortalidade prematura e incapacidade, corresponde ao dobro de outras doenças infecciosas assim como, a mortalidade por microrganismos resistentes, é duas a três vezes superior em relação às infecções por microrganismos sensíveis (OMS, 2022). Além destes dados, na Europa, entre o ano de 2016 e 2017 o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) calculou a existência de 4,5 milhões de diagnósticos anuais de IACS em hospitais e, 4,4 milhões de infecções diagnosticadas em instituições de longa permanência para idosos assim como, por dia, um em cada 43 residentes em lares desenvolve IACS e uma em cada 31 pessoas hospitalizada é acometida por uma infecção (OMS, 2022).

Em Portugal, em 2012 a infecção hospitalar correspondia a 10,5% e na Europa a 6,1%. Ao nível dos cuidados continuados, em 2013, apuraram-se taxas de 10,4% em Portugal e 3,4% na Europa. Já em 2017, estudos realizados em hospitais e unidades de cuidados continuados apontam para uma taxa de infecção ligeiramente inferior, de 7,8%. Todavia, valores que originam a necessidade de continuar a investir na prevenção (DGS, 2017).

A tipologia e prevalência da IACS é variável mundialmente. Nos EUA as infeções predominantes são a Infeção do Trato Urinário (ITU) e a pneumonia associada à ventilação. Já na Europa, as IACS com maior prevalência são: as infeções respiratórias (21,45%), a ITU (18,9%) associada à presença de cateter vesical e as infeções da corrente sanguínea (10,8%) devido à presença de dispositivos invasivos (OMS, 2022).

A rápida transmissão do SARS-COV-2, o vírus que causou a pandemia Covid-19, provocou modificações mundialmente, relativamente à epidemiologia das doenças de origem infecciosa, estimando-se que em 2020, 41% das pessoas foram infetadas em instituições de saúde (OMS, 2022). Mundialmente foram diagnosticados até 2022, mais de 526 milhões de episódios e mais de seis milhões de mortes provocadas pela infeção Covid-19 (Barreiro et al., 2022). Em Portugal, entre 2020 e 2022 foram identificados 5.528,239 episódios de infeção por Covid-19 e, o número de óbitos registado foi de 6,822, correspondendo a 5,5% do total de óbitos ocorridos no país nesse período (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2022; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023). A aplicação prévia de medidas preventivas nas instituições de saúde (exemplos: Equipamento de Proteção Individual (EPI) em número adequado e formação em Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI)), teriam sido estratégias com potencial para diminuir os custos, a mortalidade e a taxa de infeção em 35 a 70% (OMS, 2022).

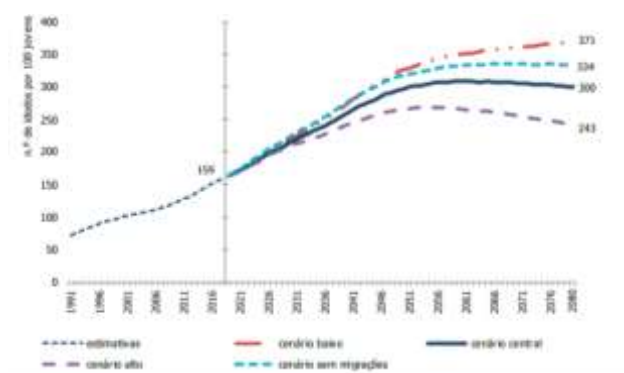
## **1.2. Relação entre o envelhecimento demográfico e as implicações das IACS nas pessoas**

O envelhecimento é considerado uma das transformações sociais mais significativas da atualidade, com repercussões nos diferentes sectores da sociedade (OMS, 2015). Trata-se de um fenómeno complexo, dinâmico e, intrínseco ao ciclo de vida dos indivíduos que se caracteriza por ser um processo de senescência, único e diferenciado, durante o qual ocorrem modificações em todas as estruturas do organismo humano (Nogueira et al., 2016).

O envelhecimento demográfico da população mundial, é traduzido pela diminuição da taxa de fecundidade e de natalidade em relação ao incremento da esperança média de vida, o que contribui para o aumento da proporção da população com idade superior a 65 anos e diminuição do número de crianças e jovens (Alves, 2017). Neste âmbito Rebelo (2019), evidencia que as pessoas são consideradas idosas a partir dos 60 anos, e, a população em idade produtiva situa-se na faixa etária entre os 15 e os 59 anos. Mundialmente a população com mais de 60 anos cresce mais rapidamente do que os grupos etários mais jovens, estimando-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (Nações Unidas, 2021). Apesar das pessoas com idade superior a 80 anos

representarem cerca de 1% da população mundial, são a porção da população que tem crescido progressivamente mais rápido (OMS, 2015). Segundo a DGS (2021), em 2018, Portugal apresentava uma proporção de jovens inferior e de idosos superior à média da Europa. Neste contexto, o INE (2020) realizou uma estimativa da população residente em Portugal entre 2018-2080, prevendo que o número de idosos passará de 2,2 para 3,0 milhões e o Índice de Envelhecimento (IE) em 2080, duplicará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa (Figura 1).

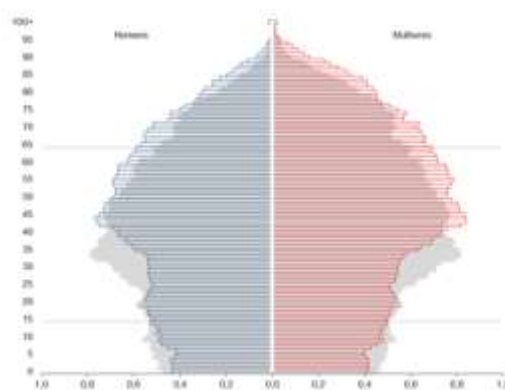
**Figura 1** - Índice de envelhecimento em Portugal entre 1991 e 2080



Fonte: INE, 2020

Segundo o INE (2021), o IE da população portuguesa em 2020, correspondia a 167,0% e o Índice de Dependência (ID) dos idosos no mesmo período, era de 35%. A esperança média de vida à nascença entre 2019-2021 correspondia a 80,72 anos, 83,37 no caso das mulheres e nos homens 77,67 (INE, 2022). De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, entre 2009 e 2019 o envelhecimento demográfico em Portugal acentuou-se, provocando um estreitamento da base e um alargamento do topo da pirâmide, devido ao aumento do número de idosos em 350,028 pessoas, diminuição do número de jovens em 221,008 e, uma redução em 406,590 de pessoas em idade ativa (Figura 2) (DGS, 2021).

**Figura 2** - Pirâmide etária em Portugal entre 2009 e 2019



Fonte: DGS, 2021

A esperança média de vida consiste numa previsão do tempo médio de vida de uma população e, a esperança de vida saudável estabelece a sua real saúde, evidenciando os anos de vida saudável e não apenas o número de anos de vida de uma pessoa (OMS, 2020). Neste contexto, Nogueira et al. (2016) afirmam que o crescimento do número de idosos deve-se ao aumento da longevidade, à melhoria das condições de saúde e à qualidade de vida, no entanto, não é sinónimo de viver melhor. Embora a esperança média de vida tenha aumentado, a esse indicador associa-se um declínio funcional dos indivíduos, devido ao aumento das DCNT (Anderson & Durstine, 2019).

As DCNT são doenças crónicas, que se caracterizam pela longa duração e lenta progressão, surgindo em resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (OMS, 2022). O aumento da prevalência destas doenças, é identificado como um fator negativo consequente do envelhecimento populacional, responsável pela morte de 41 milhões de pessoas por ano. Destas, cerca de 14 milhões são consideradas prematuras (antes dos 70 anos). As DCNT são também identificadas como a principal causa de incapacidade, dependência, perda de autonomia e aumento da necessidade de internamentos (OMS, 2022). Em Portugal, em 2019, 41 % da população com 16 ou mais anos mencionaram ter pelo menos uma doença crónica e em 2021 cerca de 43,9%, uma proporção superior à identificada na Europa (36%) e tendencialmente crescente (INE, 2022).

Neste contexto, Conchinha (2019) salienta que o processo de envelhecer, além de aumentar a predisposição ao desenvolvimento de DCNT, aumenta o risco de doenças de origem infecciosa, uma vez que, acima dos 60 anos, o sistema imunitário das pessoas modifica-se em consequência da sua idade. Assim, a existência de comorbilidades prévias na pessoa idosa assim como, a polimedicação, a desnutrição, as feridas e a diabetes *mellitus*, aumentam a sua predisposição ao desenvolvimento de IACS (Gonçalves & Carmo, 2022).

De acordo com o PPCIRA, existem custos e implicações individuais associadas à presença de IACS, tais como: agravamento do prognóstico da doença de base, aumento do risco de desenvolvimento de patologias adicionais assim como, aumento do risco de dependência, causando em última instância a morte (DGS, 2017). Neste âmbito também Gonçalves e Carmo (2022), salientam que as IACS contribuem para aumento da mortalidade/morbilidade, promovem o progressivo desenvolvimento de incapacidade, dependência e perda de autonomia funcional após a alta assim como, contribuem para a diminuição da qualidade de vida das pessoas e das suas famílias. Além destes, existem custos económicos e sociais relacionados, pela abstenção laboral (em indivíduos em idade ativa) e

pela diminuição da qualidade de vida dos indivíduos (Gonçalves & Carmo, 2022). Relativamente à taxa de mortalidade, nas pessoas com IACS corresponde a 31,6% e, nos indivíduos sem IACS é de 5,1%. Quanto à morbidade, as pessoas com IACS manifestam maior gravidade das doenças de base e maior instabilidade durante a hospitalização, progredindo para situações clínicas mais graves (Gonçalves & Carmo, 2022).

### **1.3. Causas e implicações nos serviços de saúde**

De acordo com o PPCIRA, além do impacto direto na vida das pessoas acometidas pela problemática das infeções, as IACS agravam os custos relacionados com os cuidados de saúde, podendo este incremento ser financeiro, económico e/ou social (DGS, 2017).

As IACS prolongam os internamentos e aumentam a necessidade de reinternamentos. Aproximadamente 48% dos reinternamentos devido a IACS, associam-se a indicadores de baixa qualidade dos cuidados prestados, os quais são considerados evitáveis se fossem implementadas intervenções preventivas (Gonçalves & Carmo, 2022). Os custos associados aos internamentos por IACS são 9 vezes superiores, em comparação com os internamentos de pessoas sem infeção. O exponencial aumento dos custos relaciona-se com o aumento da necessidade de cuidados de saúde, de tratamentos, de exames complementares de diagnóstico, da implementação de medidas de isolamento e utilização acrescida de EPI. Além destes, existe o consumo de terapêutica farmacológica adicional, nomeadamente de antimicrobianos, o que corresponde a um aumento de custos 28 vezes superior. O custo com os internamentos também aumenta, pelo prolongamento dos dias de internamento, sendo o incremento médio, no caso dos idosos com IACS, de 24 dias (Gonçalves & Carmo, 2022).

Relativamente às unidades prestadoras de cuidados de saúde, não só ao nível hospitalar se verifica um impacto negativo das IACS. As ERPI são instituições identificadas como facilitadoras da transmissão de infeções. Esse fator encontra-se relacionado não só com a vulnerabilidade e características das pessoas institucionalizadas, mas também, com as características intrínsecas das ERPI. A conjugação desses fatores, exponencia o risco de IACS e, tal como observado durante a pandemia Covid-19, essas condições resultaram num elevado número de mortes nestas instituições (Pimentel, Pereira, & Teixeira, 2021).

Neste contexto, de forma a aumentar os conhecimentos e identificar as causas e fatores determinantes das infeções, foi desenvolvida uma *Scoping Review*, com o objetivo de mapear a informação que existe sobre os fatores determinantes da origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI. A literatura sugere que existem diferentes fatores que contribuem para a origem das IACS, na população e contexto analisado, destacando-se seguidamente alguns dos resultados obtidos com a evidência mapeada.

De acordo com Inzitari et al. (2020), existem diferentes fatores que interferem com a qualidade e segurança dos cuidados prestados nas estruturas residenciais, aumentando o risco de infecção, sendo exemplos: as características da infraestrutura e organização; a equipa multidisciplinar (número reduzido de profissionais em relação ao número elevado de residentes; salários baixos; reduzida formação; elevada rotatividade) sendo estes promotores da prestação de cuidados com a mínima resiliência a eventos adversos. Além destes determinantes, o reduzido treino e formação da equipa na identificação de sinais e sintomas de infecção também aumenta o risco de IACS (Sluggett et al., 2020).

A pandemia Covid-19 aumentou a discussão antiga sobre a qualidade dos cuidados prestados em ERPI, dado o número elevado de infeções ocorridas, já antes deste período (Inzitari et al., 2020). Os autores apontam, que a inexistência de protocolos e a escassez de intervenções preventivas, são fatores que tornam as estruturas residenciais, um contexto propício ao desenvolvimento de infeções. Estas conclusões são também corroboradas por Gallego, Codorniu e Cabrero (2020), que afirmam a existência de fatores estruturais nas ERPI, que potenciam o risco de IACS, os quais podem ser diferenciados em: **demográficos, assistenciais, normativos, administrativos e os relativos à estrutura de trabalho.**

Relativamente aos fatores demográficos e de saúde, Gallego, Codorniu e Cabrero (2020), salientam os seguintes: a idade avançada dos residentes em lares; o elevado número de residentes por instituição; a baixa medicalização, o que faz com muitos dos cuidados sejam prestados em centros de saúde e hospitais, aumentando as deslocações ao exterior. Quanto aos fatores normativos e administrativos é dado destaque ao número insuficiente de vistorias realizadas e as condições para abertura destas instituições, não terem padrões definidos. Quanto à estrutura de trabalho, este fator refere-se à estrutura e qualidade do emprego dos profissionais dos lares, o qual caracteriza a crise vivenciada neste contexto de cuidados, sendo exemplos: a falta de cuidadores e profissionais qualificados em número suficiente e a precaridade das condições de trabalho (Gallego, Codorniu, & Cabrero, 2020).

De acordo com os dados obtidos com os estudos supracitados, verifica-se que a vulnerabilidade das pessoas, a precaridade do emprego e dos cuidados e a falta de proteção e formação dos profissionais assim como, a ausência de planos de contingência internos são fatores que aumentam o risco de práticas inseguras que aumentam o risco de exposição das pessoas institucionalizadas em ERPI à infecção. Todos esses fatores afetam a qualidade dos cuidados, pelo que é emergente implementar políticas e modelos de forma a garantir a prática de cuidados seguros (Gonçalves & Carmo, 2022; Inzitari et al., 2020).

#### **1.4. Estruturas residências para pessoas idosas como resposta social**

O crescente aumento do número de idosos e das DCNT aumenta o risco de dependência de cuidados de saúde. Apesar do aumento da dependência de terceiros, existe um grande número de idosos sem resposta adequada de cuidados, no seu domicílio (Anderson & Durstine, 2019). Na ausência de resposta individual, a pessoa dependente, ao necessitar de cuidados especiais para satisfazer as suas necessidades, recorre a respostas sociais, o que culmina muitas vezes na institucionalização, onde se inclui o alojamento em ERPI, a título temporário ou permanente (Instituto de Segurança Social, 2007).

Aproximadamente 15% dos idosos com 80 ou mais anos reside em lares (INE, 2019). De acordo com o relatório da carta social, as ERPI, os centros de dia e o serviço de apoio domiciliário, são as respostas sociais direcionadas às pessoas idosas com maior representatividade, verificando-se um incremento de 52% na necessidade destas repostas, entre 2000 e 2019, o qual ascende a 160%. A resposta social das ERPI foi, uma das que mais cresceu no período suprarreferido (170%) (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019). As ERPI são uma resposta social que se destina ao alojamento coletivo, 24 horas por dia e 7 dias por semana, na modalidade de residência assistida, na qual são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados e serviços. Os objetivos destas instituições centram-se na prestação de serviços permanentes e adaptados à condição biopsicossocial das pessoas, na promoção do envelhecimento ativo, da relação intrafamiliar e da integração social dos indivíduos (Portaria n.º 67/2012, 2012).

No que se refere aos destinatários, as estruturas residenciais são direcionadas ao alojamento de pessoas com 65 ou mais anos, que estejam impedidas de residir na sua habitação devido a incapacidade, dependência, isolamento, solidão, insegurança ou até, por razões familiares, ingressando nas ERPI com o intuito de adquirir qualidade de vida e a satisfação das suas necessidades (Instituto da Segurança Social, 2017; Portaria n.º 67/2012, 2012). Além destes, as ERPI destinam-se a pessoas adultas (com menos de 65 anos) em situações específicas e fundamentadas e ao alojamento temporário para descanso do cuidador informal. Relativamente aos serviços prestados, as ERPI asseguram a prestação de um conjunto de serviços e atividades, tais como: a alimentação, os cuidados de higiene, os cuidados de enfermagem e de saúde, o tratamento da roupa, as atividades de animação sociocultural e ocupacional, entre outros (Portaria n.º 67/2012, 2012).

Todavia, nestas instituições, as pessoas institucionalizadas vivem próximas, partilham espaços físicos, contactam com profissionais de saúde, apresentam distintos fatores de risco intrínsecos como referido, tornando-se vulneráveis ao meio ambiente. Os idosos apresentam

risco elevado de contrair infecções, nomeadamente pela Covid-19, sendo esse risco superior nas pessoas institucionalizadas em estruturas residências. Relativamente à infeção por Covid-19, na Europa, as estruturas residenciais foram muito afetadas pela pandemia, evidenciando-se taxas de mortalidade de 37 a 66% (Portela & Cebola, 2021).

De acordo com o manual da segurança social, relativo às ERPI, é crucial que estas instituições proporcionem condições e cuidados humanizados, holísticos, personalizados e centrados nas pessoas. A determinação das necessidades e dos resultados obtidos com as intervenções realizadas bem como, a avaliação dos seus resultados, são critérios essenciais da gestão destas instituições, os quais objetivam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a satisfação dos clientes e, a subsistência da própria instituição (Instituto da Segurança Social, 2007). Para garantir a prestação de cuidados de qualidade, consideram-se como serviços essenciais da estrutura organizacional: os administrativos, os cuidados pessoais e de saúde, as atividades de desenvolvimento pessoal, a nutrição e alimentação, a higiene, segurança e limpeza (Instituto da Segurança Social, 2017).

#### **1.4.1. Ajudantes de ação direta como principais cuidadores das ERPI**

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, diferenciam-se dois grupos principais de cuidadores, sendo estes: os cuidadores formais e os informais. Os cuidadores informais normalmente são os familiares, amigos e vizinhos que prestam assistência à pessoa dependente, sem exigência de formação profissional. Por sua vez, os cuidadores formais exercem a função de cuidar como uma atividade profissional, o que lhe exige preparação específica para o desempenho adequado das suas funções, segundo as competências específicas determinadas para cada categoria profissional. Os AAD integram-se na designação de cuidadores formais (Sequeira, 2018).

A crescente necessidade de institucionalização das pessoas em ERPI, conseqüente do envelhecimento demográfico, exige às instituições de saúde, a disponibilidade de recursos humanos preparados, de forma a dar resposta aos problemas sociais e de saúde da população abrangida (Rebelo, 2019). A prestação de cuidados aos indivíduos, tem como finalidade manter, promover e recuperar a sua saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Como tal, é necessário que os cuidados de saúde prestados, sejam praticados por profissionais formados e capacitados, nomeadamente nas ERPI (Duarte, 2018). Nas ERPI, a maioria dos recursos humanos existentes, são as AAD. Neste contexto, segundo a Portaria n.º 67/2012 (2012), a estrutura residencial deve dispor de um AAD por cada 8 residentes e, durante o período noturno um por cada 20 residentes. Quando existam residentes em situação de grande dependência, os rácios de AAD devem corresponder a um ajudante por cada 5 residentes.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 414/99 (1999), que estabelece a carreira de AAD, compete a estes profissionais executar as suas funções diretamente com os idosos, individualmente ou em grupo, promovendo o seu bem-estar. Para tal, devem executar a totalidade ou parte das seguintes tarefas: acolhimento; alimentação; apoio na mobilidade e deslocações, higiene e conforto; alternância de decúbitos; tratamento do vestuário e roupa da cama; acompanhamento diurno e noturno; acompanhamento na deslocação aos hospitais e centros de tratamento; manutenção das condições de higiene da instituição; e, administração de fármacos, de acordo com a prescrição e orientação superior.

A intervenção dos AAD exige um conjunto complexo de funções, pelo que que requer determinadas condições habilitacionais. Na admissão de AAD, os gestores das instituições, devem assegurar a contratação de profissionais com as competências exigidas para as intervenções desempenhadas na estrutura residencial, sendo esta uma condição essencial para assegurar a qualidade dos serviços prestados (Portaria n.º 67/2012, 2012; Instituto da Segurança Social, 2017). Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 414/99 (1999) expressa que a transição para a categoria profissional de AAD, foi prevista no Artigo 5.º, no qual é exigido o 9º ano de escolaridade ou equivalente e antiguidade na carreira igual ou superior a três anos. Caso não seja cumprido este primeiro critério, o mesmo artigo expõe que é necessária a frequência, com aproveitamento, de um curso de formação profissional, com pelo menos 6 meses de duração. Todavia, contrariando as orientações decretadas, é consentido o ingresso na respetiva atividade profissional, independentemente das habilitações legalmente impostas, às pessoas integradas previamente na respetiva profissão (Duarte, 2018).

No que se refere à formação, também a Lei n.º 7/2009 (2009), do Código do Trabalho, evidencia no artigo 130.º e 131.º, que o empregador deve promover a formação contínua, garantindo o desenvolvimento e a qualificação dos trabalhadores assim como, é crucial a nível institucional, a valorização e o desenvolvimento profissional, através do cumprimento das 35 horas anuais de formação contínua, como legalmente é exigido.

Segundo o plano de ação para a literacia em saúde, Portugal é o país que exibe menor percentagem de indivíduos com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) (Europa-16,5%) assim como, se encontra em 2º lugar no nível suficiente (42,4%) (Europa-36%) (DGS, 2018). Além destes dados, em Portugal o pessoal não técnico inicia no mercado de trabalho, a maioria das vezes, sem qualquer formação que o habilite a prestar cuidados em segurança (Duarte, 2018). Neste âmbito, nas ERPI, uma vez que as AAD são a categoria profissional que deve existir em maior número, é necessário desenvolver competências que lhes permitam garantir a realização de intervenções seguras e de qualidade às pessoas alvo

dos seus cuidados (Rebelo, 2019). Todavia, Gallego, Codorniu e Cabrero (2020) evidenciam que nestas instituições nem sempre é garantida a prestação de cuidados com qualidade, sendo uma das causas a falta de formação e treino sobre prevenção e controlo da infeção.

No que concerne à formação, de acordo com Sluggett et al. (2020) a iliteracia dos profissionais que exercem funções em estruturas residências é apontada como um dos principais determinantes comportamentais que contribui para a realização de práticas que aumentam o risco de infeção. Deste modo, Inzitari et al. (2020) afirmam que é crucial investir na formação profissional de forma a promover a melhoria da assistência, sendo primordial garantir que estes profissionais possuem conhecimentos, competências e capacidades para o cumprimento da sua intervenção. Assim, é essencial existirem programas obrigatórios de formação e treino das AAD, que incidam na prevenção da infeção (Chow, 2020).

### **1.5. Prevenção da infeção e a segurança das pessoas institucionalizadas**

No que concerne à segurança das pessoas institucionalizadas, as IACS são consideradas uma prioridade, para a qual têm sido implementadas medidas que minimizam a sua dimensão (Valim et al., 2019). Neste contexto, uma das primeiras estratégias adotadas surgiu entre 2005 e 2006, pela *World Alliance for Patient Safety* a qual reforçou o impacto mundial das infeções e, o papel central da Higiene das Mãos (HM) como uma estratégia-chave na diminuição destas infeções. Já em 2009, ocorreu a extensão desse programa, denominando-se de “Salve vidas: higienize as suas mãos”, objetivando a sensibilização dos profissionais, para a importância da HM nos serviços de saúde (OMS, 2009).

Face ao panorama crescente das infeções, a HM é considerada a medida mais simples, eficaz e com menor custo, que contribui para a prevenção das IACS. Dada a magnitude do correto procedimento de HM, em 2009, foi reconhecida e divulgada internacionalmente a estratégia multimodal da OMS de melhoria da adesão à prática de HM. Esta estratégia, prioriza cinco componentes que são promotores da modificação de práticas e comportamentos, sendo estes: a mudança nos sistemas (das infraestruturas das instituições de saúde); a educação e formação dos profissionais de saúde; a avaliação e *feedback* do procedimento de HM; a implementação de lembretes no local de trabalho e a existência de um clima de segurança adequado nas instituições (Valim et al., 2019).

Ao nível nacional, na Constituição da República Portuguesa, nos termos do artigo 64.º é tutelado o **direito à proteção da saúde** (Diário da República n.º 86/1976, 1976). No âmbito do direito à proteção da saúde, também a Lei de Bases da Saúde, na sua Base 1, expressa que a segurança do doente constitui uma dimensão fundamental, sendo o estado responsável por assegurar o cumprimento desse direito, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Já

na Base 2, é declarado que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

Neste contexto, também o PNS de 2021-2030, que é um instrumento essencial de governação em saúde ao nível nacional, visa a “*identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal (...) tendo em vista o alcance de objetivos de saúde sustentável para Portugal (...)*” (DGS, 2021, p. 20). Ao encontrar-se alinhado com os objetivos do desenvolvimento sustentável, objetiva o cumprimento da “saúde de qualidade”, que tem como propósito a garantia do acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar, definindo como um dos seus indicadores a diminuição do número de infeções devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos (Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, 2022).

Além do PNS, a crescente preocupação com a problemática da infeção e os seus desafios para a área da SP em Portugal, proporcionaram o desenvolvimento de programas de saúde, sendo definido como programa de saúde prioritário a nível nacional o PPCIRA (Despacho n.º 10901/2022, 2022). De acordo com o PPCIRA, existem dois pilares que fundamentam a sua existência, sendo um deles a prevenção e controlo das IACS. Para tal, na visão do PPCIRA devem ser contempladas como intervenções *major* a correção das práticas e cuidados realizados pelos profissionais de saúde e a garantia da adequação das estruturas das unidades de saúde. Além destas, este programa estabelece linhas orientadoras que preconizam a diminuição da problemática das IACS através da promoção da implementação das PBCI (DGS, 2017).

As PBCI consistem num conjunto de normas de boas práticas a adotar durante a prestação de cuidados de saúde, por todos os profissionais de saúde, com o intuito de reduzir o risco da transmissão cruzada da infeção, as quais recaem em dez padrões de qualidade: avaliação do risco de infeção na admissão da pessoa à instituição e a sua colocação/isolamento; HM; etiqueta respiratória; utilização de EPI; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e, prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017). Ao nível do controlo das IACS, algumas das atividades do PPCIRA são: a vigilância epidemiológica; a promoção da adesão e cumprimento das PBCI; a produção de normas, orientações e atividades educacionais de capacitação dos profissionais; o desenvolvimento de metodologias de capacitação e a realização de atividades promotoras da literacia do cidadão sobre esta temática (DGS, 2017).

Além do PPCIRA, também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, reconhece o tema da segurança dos indivíduos como uma componente fundamental da qualidade em saúde. Através da análise do PNSD 2015-2020 é possível verificar que um dos seus 9 objetivos estratégicos consistiu em: prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022). Observando o atual PNSD, são definidos cinco pilares, entre os quais se destacam: a cultura de segurança, definida como uma prioridade da SP e como uma componente da qualidade dos cuidados e da redução de incidentes na prestação de cuidados de saúde, através da formação dos profissionais de saúde; e as práticas seguras em ambientes seguros, na qual são contemplados como alguns aspetos essenciais: a dotação de profissionais e das equipas de saúde e a sua formação (DGS, 2022). Para a consecução do pilar das práticas seguras em ambientes seguros, um dos seus objetivos estratégicos consiste em reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos, sendo definidas como exemplos de ações promotoras da sua concretização: promoção da adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal; apoio dos serviços na implementação de medidas de prevenção das IACS; e, atribuição de tempo aos profissionais envolvidos na prevenção e monitorização das IACS nas instituições de saúde (DGS, 2022).

Relativamente às práticas seguras em ambientes seguros, a pandemia covid-19, contribuiu para a identificação de vários desafios relacionados com a segurança do doente e com os profissionais de saúde, fundamentando a prioridade que a segurança exerce nos sistemas de saúde. Deste modo, o desenvolvimento e a manutenção de práticas seguras em ambientes seguros, relaciona-se com distintos aspetos, sendo exemplos: a notificação de incidentes e eventos adversos; a criação de um ambiente onde se comunique de forma aberta sobre os riscos e uma cultura transparente e justa (DGS, 2022).

Uma vez que mais de metade das IACS podem ser prevenidas se forem implementadas estratégias, torna-se urgente a sua prevenção (Gonçalves & Carmo, 2022). Para tal, a evidência sugere que é necessária a implementação de políticas, modelos e investimentos, que garantam a prática de qualidade (Inzitari et al., 2020). Como tal, Sluggett et al. (2020) destacam algumas das estratégias que contribuem para prevenir as infeções, as quais incluem: HM; formação contínua dos profissionais; utilização de EPI; e, aplicação de protocolos de prevenção da ITU nomeadamente as associadas a cateteres vesicais.

Para Pina, Ferreira e Uva (2019), a avaliação do risco de IACS deve ser encarada de forma global, tendo em consideração os seguintes fatores: a organização na sua totalidade, analisando os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos, riscos relacionados com os profissionais de saúde (adesão à prática de HM e conhecimento sobre os fatores de risco

intrínseco e extrínseco), riscos ambientais, entre outros. Todos estes riscos devem ser considerados na implementação de um programa global e efetivo de prevenção e controlo das IACS. A OMS (2022) afirma que a implementação da estratégia de melhoria multimodal, é considerada o padrão de ouro da prevenção da infeção, afirmando que a integração desta, nas diretrizes mundiais e nacionais e a educação, formação e treino dos profissionais em PBCI contribuiria para a melhoria da abordagem e implementação desta estratégia.

### **1.6. A intervenção do enfermeiro**

Para que exista eficácia na prevenção das IACS, é crucial a existência de programas de controlo das infeções, os quais devem ser geridos pela equipa técnica multidisciplinar das organizações, uma vez que exigem conhecimentos de diferentes áreas de intervenção (Pina, Ferreira & Uva, 2019). Assim, um dos elementos essenciais da equipa multidisciplinar é o enfermeiro da área do controlo da infeção, cujas competências e capacidades têm sido reconhecidas na área da gestão e monitorização das PBCI (ECDC, 2013). Neste âmbito, a Enfermagem é definida como a profissão da área da saúde, que objetiva a prestação de *“cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

No que concerne à intervenção do enfermeiro, Teixeira e Marques (2014) evidenciam que a inserção formal da enfermagem no controlo das infeções, remonta ao século XIX, época em que a sua ação dava primazia às intervenções em SP, com vista à educação sanitária. No início do século XX, já se observava a presença dos enfermeiros no controlo das doenças, exercendo funções de SP, intervindo na higiene e cuidados à população. A ação de enfermagem em SP, sob a influência de Nightingale, começou a estar direcionada para a prevenção, desinfeção, isolamento de pessoas, vigilância e educação, consagrando-se essencial ao bom funcionamento dos serviços de saúde (Teixeira & Marques, 2014).

De acordo com a DGS (2008), a intervenção de enfermagem é um critério fundamental na implementação de um programa de controlo das IACS. É da responsabilidade do enfermeiro implementar práticas para a sua prevenção, as quais devem incidir em algumas das seguintes intervenções: identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação dos pares para as PBCI; identificar as necessidades de formação da equipa na área da prevenção da infeção; planear e desenvolver ações de formação direcionadas a todos os grupos profissionais; e, participar nas ações de formação ou cursos como formador.

Relativamente ao desenvolvimento de ações de formação, a educação em saúde é uma estratégia de promoção da literacia em saúde, que tem como objetivo a melhoria de

conhecimentos, competências e a modificação de comportamentos, capacitando os beneficiários da informação para tomar decisões que contribuam para a melhoria do seu estado de saúde (Gil, 2021). Para o mesmo autor, a formação consiste no conjunto de atividades que, no exercício da prática profissional, são exigíveis aos indivíduos, existindo assim uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional de qualidade. A formação difere da educação na medida em que se especifica na experiência profissional e direciona-se à promoção da aquisição de competências profissionais.

No âmbito do exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro do trabalho é responsável pela realização de atividades de gestão da saúde do trabalhador, com o intuito de promover e proteger a sua saúde e prevenir acidentes, através da realização de cuidados de qualidade e estabelecimento de ambientes seguros, sendo para tal essencial garantir a formação contínua das equipas (Orientação 001/2019, 2019). Assim, uma vez que a formação contribui para a realização de práticas de qualidade, onde se inclui o controlo da infeção e uma vez que a evidência analisada, aponta o défice de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos AAD, em relação à prevenção das IACS como um dos principais fatores que propiciam a sua origem, torna-se imperioso capacitar estes cuidadores.

A capacitação do grupo através da melhoria da literacia, torna-o mais capaz de tomar decisões adequadas, assumir ações proativas para alcançar os objetivos de promoção da saúde, contribuindo para a obtenção de resultados positivos nos cuidados de saúde. Neste contexto, o Código Deontológico dos Enfermeiros, no Artigo 101º, “Do dever para com a comunidade” expressa que a responsabilidade do enfermeiro deve estar centrada na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. Para tal, é seu dever conhecer as necessidades da população e da comunidade, cooperar na resolução dos problemas identificados e participar em programas que respondam às necessidades identificadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996), a ação dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde e a prevenção da doença. Além deste, o Regulamento n.º 140/2019 (2019) menciona que é competência comum do enfermeiro especialista promover a melhoria contínua da qualidade através do desenvolvimento de práticas de qualidade. Neste âmbito, também o Regulamento n.º 428/2018 (2018), explana que é competência do enfermeiro especialista em ECSP, avaliar o estado de saúde de uma comunidade, analisar os fatores que contribuem para um determinado comportamento e a tomada de decisão sobre os problemas de saúde identificados, promovendo a capacitação da comunidade. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em ECSP, tendo por base a sua formação especializada, tem consolidados

conhecimentos e competências que lhe permitem realizar uma avaliação multicausal e desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação da comunidade (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Assim, uma vez que a temática das IACS é considerada, uma área prioritária de intervenção em SP e, sendo a falta de formação das AAD, um dos fatores que propicia a origem das infeções nas pessoas institucionalizadas em ERPI, é essencial promover a melhoria dos seus conhecimentos e competências.

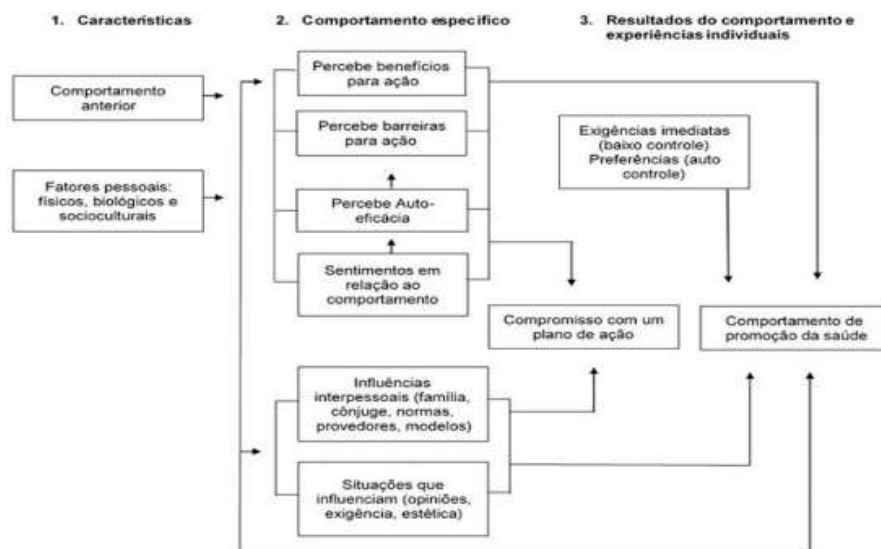
### **1.7. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender**

De acordo com Tomey e Alligood (2004), os distintos modelos teóricos de enfermagem, são essências para a disciplina e profissão de enfermagem, uma vez possibilitam a fundamentação da prática através do conhecimento científico. Por sua vez, Stanhope e Lancaster (2011) evidenciam que o recurso a modelos teóricos é fundamental para a construção do pensamento direcionado à tomada de decisão refletida e à prática da enfermagem no contexto comunitário. Deste modo, o referencial teórico selecionado para suportar o desenvolvimento deste projeto foi o MPSNP.

O conceito de promoção da saúde é exposto na Carta de Ottawa na qual, para diminuir as desigualdades em saúde, diferentes países implementaram intervenções de promoção da saúde. A promoção da saúde consiste na capacitação dos indivíduos e comunidades para agirem eficazmente no controlo da sua saúde, promovendo a sua melhoria. Para garantir a promoção da saúde, é essencial implementar estratégias de ação e responsabilização por diferentes intervenientes, como o estado (políticas de SP), a comunidade (ação comunitária), os sistemas de saúde e as parcerias intersectoriais (OMS, 1986). O MPSNP surgiu na década de 80, como proposta integrante das teorias de enfermagem e ciências do comportamento, alicerçado na conceção de promoção da saúde, tendo como base teórica a Teoria da Aprendizagem Social de Alberto Bandura e a psicologia social, a conceção da enfermagem holística e o modelo da valorização da motivação humana (Tomey & Alligood, 2004). É um modelo utilizado e aplicado pelos enfermeiros, na identificação de comportamentos saudáveis e na realização de ações de promoção da saúde, que se traduzam na melhoria da qualidade de vida das populações (Cardoso et al., 2022). Este modelo diverge de outros, uma vez que se direciona para uma abordagem orientada para o foco e não para a evitação, enquanto motivação para o comportamento de saúde (Tomey & Alligood, 2004). Assim, o MPSNP contribuiu para a melhoria do conhecimento em enfermagem, uma vez que objetiva que a intervenção do enfermeiro se direcione à aquisição da saúde da pessoa e dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, através da investigação e ensino (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

No MPSNP, são apresentados os conceitos-chave de **saúde, ambiente, pessoa e enfermagem**. A **saúde** é uma experiência de vida em evolução, que sofre influências individuais, familiares e sociais, consistindo no progresso de capacidades, centradas na promoção do bem-estar, sendo essencial ter em consideração a raça, idade e cultura da pessoa. O **ambiente**, diz respeito ao contexto social, cultural e físico no qual a vida se desenvolve, resultando das relações estabelecidas entre a pessoa e os recursos de saúde, económicos e sociais. A **pessoa** é um organismo biopsicossocial que é influenciado em certa medida pelo ambiente, a qual é capaz de tomar decisões relativas à modificação de comportamentos de saúde. A **enfermagem** consiste na cooperação com indivíduos, famílias e comunidades com o intuito de delinear intervenções e estratégias favoráveis à aquisição de comportamentos promotores da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). O MPSNP é aplicável a distintas populações e contextos, pelo que é uma ferramenta importante na implementação de intervenções de enfermagem de âmbito comunitário, permitindo a realização de uma avaliação holística do grupo-alvo de intervenção, nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Este modelo é constituído por três dimensões principais, que se dividem posteriormente em diferentes variáveis (Figura 3), visando a avaliação do comportamento individual que direciona as pessoas na procura da promoção da saúde, sendo estes especificados na Tabela 1 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

**Figura 3-** Diagrama do MPSNP



Fonte: Pender, Murdaugh, & Parsons (2019)

**Quadro 1-** Interpretação das três dimensões do MPSNP

Características	Comportamento Específico	Resultados do comportamento e experiências individuais
Têm em consideração <b>as características e experiências individuais</b> , as quais <b>se relacionam com o comportamento anterior</b> (que tem efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de adotar comportamentos de promoção da saúde); e, com <b>os fatores pessoais</b> ( <u>biológicos</u> (idade, índice de massa corporal), <u>psicológicos</u> (autoestima, automotivação e estado de saúde percebido) e <u>socioculturais</u> (raça, etnia, educação).	Tem em consideração os <b>sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento</b> , podendo estes ser alterados através de intervenções. Incluem os <b>benefícios percebidos para a ação</b> (percepção mental dos efeitos de um comportamento); <b>as barreiras percebidas para a ação</b> (percepções da indisponibilidade, dificuldade ou tempo de uma determinada ação); a <b>autoeficácia percebida</b> (análise da capacidade individual de organização de uma ação); o <b>afeto relacionado à atividade</b> (reação emocional que influencia a repetição de um comportamento); as <b>influências interpessoais</b> (conhecimentos que envolvem os comportamentos, crenças ou atitudes); e as <b>influências situacionais</b> (as percepções e conhecimentos de uma situação dificultam ou facilitam o comportamento).	Tem em consideração o compromisso com o <b>plano de ação</b> (razão de desenvolver meios que simplifiquem o comportamento); as <b>exigências imediatas</b> (atividades que fogem ao controlo da pessoa); <b>as preferências</b> (comportamentos relacionados com as atividades de promoção da saúde, com as quais a pessoa já manifesta maior controlo); e o <b>comportamento de promoção de saúde</b> (obtenção de resultados positivos com a implementação do modelo).

Fonte: Pender, Murdaugh, & Parsons (2019); Tomey & Alligood (2004)

O principal objetivo do MPSNO consiste em ser uma ferramenta de suporte aos enfermeiros na identificação de determinantes comportamentais de saúde, promovendo a modificação de comportamentos. Os resultados das intervenções de enfermagem devem contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis, redução de riscos, melhoria dos conhecimentos, modificação de atitudes, entre outros. Os resultados obtidos no contexto comunitário incluem ainda, o empoderamento e as modificações ocorridas na comunidade para apoiar a promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). O empoderamento consiste assim, no processo que promove aos indivíduos a tomada de decisões e a realização de ações que incidam sobre a saúde, sendo a educação a via que permite o empoderamento e a participação das comunidades (Conde, 2022). Já o empoderamento comunitário consiste na melhoria das competências da comunidade, capacitando-a para identificar e resolver os seus problemas (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018).

Face ao exposto, é possível evidenciar que o MPSNP se enquadra no projeto de intervenção, uma vez que, os resultados obtidos com as intervenções realizadas na comunidade, centram-se na eficácia de um programa implementado num grupo específico, devendo os enfermeiros adotar uma atitude de liderança a qual permita a construção de comunidades saudáveis através da execução de programas de melhoria contínua, nomeadamente nos locais de trabalho (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

## **2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE**

O planeamento em saúde consiste na gestão eficiente dos recursos de forma a atingir os objetivos fixados e reduzir ou eliminar os problemas de saúde identificados como prioritários, o que requer o envolvimento de todos os sectores que condicionam a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Tavares (1990) o planeamento consiste num processo contínuo de previsão de recursos e de serviços essenciais, para alcançar os objetivos definidos segundo uma ordem de prioridade instituída. O planeamento em saúde tem como propósito a modificação de comportamentos na população. Como tal, este processo objetiva a transformação consciente de um determinado problema, o qual é classificado sociologicamente como uma mudança dirigida, progressiva, induzida e multicausal (Imperatori & Giraldes, 1993). As principais etapas do processo de planeamento em saúde são as seguintes: diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993). Ao longo deste capítulo, as etapas do planeamento serão apresentadas, em concordância com o referencial teórico do MPSNP.

### **2.1. Diagnóstico de situação**

A primeira etapa do planeamento em saúde, consiste na elaboração do diagnóstico de situação, o qual deverá ser representativo das necessidades de saúde da população. Durante esta fase, é importante conhecer os problemas e as necessidades de saúde sentidas e expressas pela população, as quais são uma parte fundamental não só desta etapa, mas também da fase de seleção de prioridades e organização de atividades. A consonância entre o diagnóstico de situação e as necessidades de saúde determinará a pertinência do processo de planeamento, do programa ou das atividades a desenvolver (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto, Pineault (2016) estabelece a distinção entre o conceito de problema e necessidade de saúde. Um problema de saúde consiste numa situação identificada como insuficiente pela pessoa, pelo profissional de saúde ou pela coletividade. Por sua vez, a necessidade de saúde, direciona-se ao preenchimento da lacuna existente entre uma situação desejada e uma situação real em termos de saúde.

Além do mais, o diagnóstico é um processo inacabado, uma atividade contínua e cíclica, que resulta das alterações ocorridas na realidade e, durante o qual se recorre à utilização de técnicas de identificação de problemas e necessidades em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Deste modo, o diagnóstico de situação, foi desenvolvido nas várias fases do processo, de acordo com o preconizado por Imperatori e Giraldes (1993). Para a sua elaboração, foi realizada uma caracterização do local onde o estágio foi realizado, com o intuito de compreender o estado de saúde da população, identificar o fenómeno de intervenção e determinar as necessidades e os problemas de saúde.

### **2.1.1. Caracterização do local de estágio**

O estágio foi desenvolvido, na USP FG, do ACES LN, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Este, assegura a prestação de cuidados a 267,925 habitantes e, a sua população residente corresponde a 228,833 habitantes (INE, 2021; SNS, 2022).

De acordo com o INE (2021), a maioria da população residente na área geodemográfica do ACES LN, situa-se entre a faixa etária dos 25-64 anos (84,420 habitantes). Ao analisar a pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES LN, é possível verificar que entre os 25-64 anos se situam 140,286 inscritos. Constatam-se ainda, que acima dos 64 anos existem 60,592 inscritos e abaixo dos 24 anos existem 67,065 inscritos (SNS, 2022). Relativamente à taxa bruta de natalidade, evidencia-se um crescimento nos últimos 10 anos no território urbano de Lisboa, contrariando a realidade nacional (10,6-11,2 em Lisboa e em Portugal 9,1-8,2) (INE, 2020). Quanto à população em idade ativa no município, o grupo etário dos 15 aos 64 anos corresponde a 63,5% e a população com 65 e mais anos a 23,4%. O número de indivíduos em idade ativa em relação ao número de idosos corresponde a 2,7%, encontrando-se a maioria da população abrangida pelo ACES LN em idade ativa (PORDATA, 2021). O ID dos utentes abrangidos pelos ACES LN, corresponde a 59,51% (23,44% nos jovens/ 36,07% idosos) (SNS, 2022). O ID do ACES LN é ligeiramente superior ao nacional (55,9%), mas inferior à região de Lisboa (82,3%) (INE, 2021).

O ACES LN é constituído por 4 Centros de Saúde (CS): CS de Benfica, CS de Alvalade, CS do Lumiar e CS de Sete Rios. A USP FG, encontra-se sediada no 2º piso do edifício do CS de Sete Rios (SNS, 2022). A USP FG tem como missão defender, proteger e promover a saúde da população da área geodemográfica, através da utilização de todos os recursos disponíveis. Para obter ganhos em saúde na população, utiliza a investigação, a vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a autoridade de saúde e todos os instrumentos técnico-científicos da área da SP (SNS, 2021).

A USP define no seu plano de ação de 2019-2020 (último documento disponível *online*) e na carteira de serviços, as áreas de intervenção prioritárias da unidade funcional, tendo em conta os programas de saúde prioritários e os principais problemas identificados e definidos no Plano Local de Saúde (PLS). Relativamente à carteira de serviços, de acordo com o plano de ação, a USP FG assume as seguintes responsabilidades: observação do estado de saúde da população; elaboração do PLS; autoridade de saúde; vigilância epidemiológica e resposta às emergências em SP; proteção da saúde a nível ambiental, ocupacional, segurança alimentar e vacinação; avaliação dos riscos e vigilância sanitária de instituições públicas; e, implementação de programas nacionais, nomeadamente o PPCIRA, de forma a prevenir as doenças de origem infecciosa (SNS, 2019; ACES LN, 2019).

Além destas intervenções, ao nível da proteção da saúde, tem instituído entre outros, o projeto das PBCI em ERPI, o qual importa destacar. Este projeto surge, face ao panorama atual da infeção no país, no qual as IACS são identificadas como um problema de SP. Além deste, de acordo com o PLS, uma das principais causas de morbimortalidade na população do ACES LN, antes dos 70 anos, são as doenças infecciosas e parasitárias (6,4%) (ACES LN, 2019). Deste modo, para dar resposta ao PPCIRA, a USP FG tem definido no seu plano de ação a implementação de estratégias de prevenção com o intuito de reduzir as IACS. Estas estratégias passam por elaborar programas de vigilância epidemiológica, que incluam a formação dos profissionais das ERPI em PBCI, contribuindo para melhoria da literacia e das condições assistenciais, reduzindo a infeção (ACES LN, 2019). Neste âmbito, também na carta de compromisso do plano de ação determinado para 2022, são definidas como algumas das dimensões contratualizadas: a segurança de utentes, a segurança dos profissionais, a gestão do risco, a implementação de programas de melhoria contínua de qualidade e dos programas nacionais de saúde prioritários de prevenção da doença (ACES LN, 2022).

### **2.1.2. Identificação de problemas**

De forma a identificar problemas de saúde, numa fase preliminar foram analisados documentos *major* da USP FG, como é o caso PLS e o plano de ação, os quais me permitiram recolher informações e identificar áreas prioritárias na instituição e áreas contratualizadas para o ano corrente. Posteriormente, optou-se pela realização de reuniões exploratórias com o intuito de identificar problemas e necessidades em saúde. Assim, foi realizada uma reunião na USP, com a enfermeira orientadora e com uma das enfermeiras responsáveis pelo PPCIRA, a qual teve como objetivo identificar uma área prioritária que integrasse os objetivos e intervenções definidas pela instituição e definir a instituição alvo de intervenção, identificando-se o tema das IACS e da segurança da pessoa institucionalizada em estruturas

residenciais. Embora o controlo da infeção seja uma área de intervenção da USP, com a pandemia covid-19 e com a necessidade de mobilização de profissionais (exemplo: vacinação), diferentes áreas foram afetadas, nomeadamente a impossibilidade de realizar vistorias em ERPI, as quais contribuem para o controlo de práticas relacionadas com o controlo da infeção. Deste modo, pela necessidade de garantir a realização de práticas seguras nas ERPI, foi proposto o tema da prevenção das IACS com enfoque na segurança da pessoa institucionalizada em ERPI.

Neste contexto, embora as doenças infecciosas e parasitárias sejam um dos 12 problemas de saúde prioritários do ACES LN, verifica-se que esta problemática se encontra mais direcionada para as doenças sexualmente transmissíveis e infeção por *Mycobacterium tuberculosis* (ACES LN, 2019). Na análise da problemática das IACS, foi tido em consideração os projetos existentes na instituição relacionados com o controlo da infeção, a experiência das vistorias aos espaços de saúde realizadas previamente e as consequências que a pandemia covid-19 acarretou para a população e instituições abrangidas pelo ACES LN. Deste modo, verificou-se que alinhado com o panorama mundial e nacional, previamente à pandemia, existia a notificação de surtos de infeção em ERPI os quais agravaram com o início e progressão da mesma, sendo crucial intervir neste âmbito.

Nesta reunião preliminar, foi selecionada uma ERPI da área geodemográfica do ACES LN e, posteriormente, foi efetuada uma visita à instituição, onde foi realizada uma reunião exploratória de auscultação de necessidades com o diretor técnico da ERPI e o enfermeiro coordenador, para a qual foi elaborado previamente um guião (Apêndice I). Esta reunião foi realizada com o objetivo de integrar a instituição nos objetivos do projeto, identificar problemas e necessidades de saúde e obter a sua parceria. A equipa manifestou interesse imediato no projeto e disponibilidade em colaborar na execução do mesmo, permitindo a realização das diferentes fases inerentes à metodologia do planeamento da saúde. Neste primeiro momento de contacto com a instituição, foi exposto por parte do enfermeiro coordenador e diretor técnico, como problema de saúde prioritário, a elevada incidência de IACS nas pessoas institucionalizadas. Este problema, segundo os peritos resulta da necessidade sentida de falta de conhecimento e perceção dos AAD sobre as estratégias de prevenção desta problemática, identificando a necessidade de realizar formações e aumentar a literacia destas profissionais, com especial enfoque na HM, uma vez que esta é uma prática identificada como errónea em distintos momentos da prestação de cuidados de saúde. Após esta primeira reunião, diferentes contactos foram estabelecidos ao longo da elaboração do

projeto com o enfermeiro coordenador da ERPI, com o intuito de delinear as estratégias interventivas mais adequadas às necessidades do público-alvo.

Posteriormente, foi desenvolvida uma reunião exploratória com a responsável do projeto “Formar para Cuidar”, instituído na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Sete Rios, do ACES LN. Este projeto é dirigido aos cuidadores formais e, foi implementado pela identificação de necessidades formativas no grupo-alvo, relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. Uma das necessidades formativas identificadas é a prevenção e controlo das IACS, sendo este um dos temas abrangidos pelo projeto. Através desta reunião foi possível compreender as estratégias adotadas para promover a melhoria da literacia, conhecer a experiência e o *feedback* dos resultados obtidos com o projeto bem como, identificar a adesão do grupo-alvo às sessões formativas.

Face aos problemas e necessidades de saúde identificadas e objetivos definidos, como ponto de partida deste projeto e, de forma a enquadrar e compreender o problema da origem das IACS no contexto definido, foi realizada a análise e interpretação de evidência científica atual, de forma meticulosa e contínua, tendo sido utilizada a **revisão bibliográfica** e, para tal desenvolvida uma **scoping review** de acordo com a metodologia proposta por *The Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2021). Após análise das evidências existentes com a informação mapeada, a amostra final desta investigação foi composta por 10 artigos, os quais espelham as diferentes causas, determinantes e fatores de risco que propiciam a origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI, como já exposto. Destaca-se como um dos principais fatores de risco apontados, a iliteracia dos AAD sobre práticas de controlo da infeção e a necessidade de capacitar estes profissionais através da formação e treino obrigatório sobre estratégias de prevenção das IACS (Chow, 2020).

### **2.1.3. População alvo e amostra**

De acordo com Fortin (2009), a população consiste num grupo de pessoas ou elementos que partilham características em comum e que satisfazem os critérios de seleção para os quais o investigador deseja fazer generalizações. Todavia, a mesma autora evidencia que a população-alvo raramente é totalmente acessível, sendo necessário selecionar uma amostra dessa população. Neste âmbito, após análise verificou-se que o número total de instituições ERPI existentes na área geodemográfica da USP FG era superior a 40. Na impossibilidade de realizar um projeto de intervenção que incidisse em todas as instituições, devido ao período temporal do estágio, selecionou-se apenas uma instituição. Para tal, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência (Fretag, 2018),

selecionando a instituição pela proximidade à USP, disponibilidade e relação prévia estabelecida entre os parceiros. A instituição selecionada será denominada ao longo deste projeto de ERPI X, mantendo-se o anonimato, uma vez que não foi obtida autorização para divulgar o nome da instituição e logótipo. Localiza-se entre dois bairros periféricos da cidade de Lisboa e, disponibiliza diferentes respostas, sendo estas: creche, jardim de infância, atividades de tempos livres, centro de dia, apoio domiciliário e ERPI. Ao nível da ERPI, procura dar resposta a pessoas em situação de dependência, através de diferentes atividades: promoção do bem-estar, qualidade de vida e segurança; promoção das atividades sociais; integração e inclusão social; promoção do envelhecimento ativo e apoio espiritual (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2014). A ERPI, apresenta 2 pisos de internamento, prestando assistência a um total de 108 pessoas. A faixa etária predominante dos residentes situa-se entre os 80 e os 94 anos.

Uma vez que me foi transmitido pelos peritos da instituição, que o principal grupo de profissionais que beneficiaria de uma intervenção formativa no âmbito da temática em estudo, seriam os AAD, a população-alvo do presente projeto são os 45 AAD da ERPI X.

Foram definidos critérios de inclusão e de exclusão, sendo incluídos neste projeto todos os AAD que exerçam a sua atividade profissional na ERPI X, com capacidade de leitura, compreensão e escrita e que assinassem o consentimento informado livre e esclarecido, autorizando a sua participação no projeto e a aplicação de um questionário com posterior análise dos dados. Foram excluídos os AAD que não aceitaram participar no projeto ou não apresentavam os restantes critérios definidos. Após aplicação dos critérios de inclusão, a amostra final foi composta por 36 AAD (80% da população-alvo), 100% da amostra exerce funções na ERPI X. A não inclusão da totalidade de ADD, prendeu-se com facto de nos diferentes momentos de aplicação do questionário na instituição, não ter sido possível reunir a totalidade das profissionais devido ao trabalho por turnos.

#### **2.1.4. Método e instrumento de recolha da informação**

Através dos dados obtidos com os peritos da instituição foram identificados problemas e necessidades em saúde. Neste sentido, de forma a obter informação que permita avaliar o fenómeno em estudo e as necessidades da população-alvo, foi necessário recolher informação. Assim, para dar seguimento ao projeto, optou-se pela aplicação de um instrumento de cariz quantitativo, recorrendo-se à utilização de um instrumento padronizado, o inquérito por questionário. A opção pela aplicação deste método quantitativo, é a mais adequada nas pesquisas em que *“existe já alguma informação exploratória, em que a intenção é descrever um fenómeno, considerando a sua amplitude e é possível equacionar*

*hipóteses explicativas originais (...)*” (Álvares, 2020, p. 9). De acordo com o mesmo autor, a aplicação de um questionário é uma fonte de informação primária de um determinado fenómeno.

O questionário é designado por “Perceção e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a HM e suas implicações na IACS” (Anexo I). Optou-se pela sua aplicação, uma vez que o problema das infeções na instituição, estaria relacionado com a prática incorreta de HM. A OMS (2021) evidencia que a HM pelos profissionais de saúde, é uma das principais medidas de prevenção e controlo de infeções, segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde prestados mundialmente. A HM e a adoção de medidas de prevenção das infeções, contribuem para a redução de mais de metade do número de IACS (OMS, 2022).

Em complementaridade, os dados obtidos com a *scoping review*, explicam que a HM pelos profissionais de saúde, é o método mais simples e eficaz de prevenir as IACS (Puto et al., 2020). Neste contexto, Au, Suen e Lam (2020) evidenciam que as estruturas residenciais apresentam piores *scores* na observação da HM, devido à reduzida formação da equipa e o rácio inadequado de profissionais em relação ao número de residentes.

Para dar resposta ao desafio lançado em 2009, “Salve vidas: higienize as suas mãos”, a OMS desenvolveu diretrizes sobre a HM nos serviços de saúde com o intuito de promover a sua melhoria e assim, reduzir as IACS. Para tal, elaborou um guia para a implementação da estratégia multimodal para a melhoria da HM, projetado para aplicar em qualquer estabelecimento de saúde, concentrando-se principalmente na promoção da adesão à HM pelos profissionais de saúde, através da melhoria do clima de segurança e aumento do conhecimento e perceção sobre a relação entre a HM e as IACS (OMS, 2009).

Na estratégia multimodal da OMS para a melhoria da HM, são definidas dimensões a serem avaliadas, sendo estas a avaliação da **perceção e conhecimentos** dos profissionais da saúde sobre a prática de HM, através da aplicação do questionário supracitado. Relativamente às dimensões avaliadas, segundo Garcia (2021) a perceção é o processo através do qual as pessoas tomam conhecimento de si, dos outros e do mundo e realizam uma reflexão crítica sobre os comportamentos realizados. A avaliação desta dimensão é crucial, uma vez que a perceção sobre a importância da HM na prestação de cuidados, influência a disposição para adotar melhorias. Quanto ao conhecimento, é importante avaliar esta dimensão, uma vez que a compreensão do risco de infeção associado a determinadas tarefas e a sua ligação com o procedimento de HM, são fatores essenciais a serem conhecidos e compreendidos pelas equipas de saúde (OMS, 2009). O instrumento selecionado, avalia as

duas dimensões referidas, direcionadas para os profissionais que prestam cuidados diretamente às pessoas, em qualquer instituição de cuidados de saúde (OMS, 2009).

Este questionário, tem ampla utilização, foi traduzido para a língua portuguesa, aprovado e reconhecido pela DGS (Amorim, 2022). Encontra-se disponível em duas versões, uma de avaliação inicial e outra de avaliação final, preconizando-se a sua aplicação antes e após a realização de intervenções formativas, de forma a analisar as mudanças ocorridas nas dimensões avaliadas e identificar as áreas que necessitam de maior informação (OMS, 2009). É constituído por uma primeira parte que contempla uma breve caracterização sociodemográfica dos inquiridos, com questões relativas ao sexo, idade, local de trabalho, unidade de saúde e serviço onde exerce funções. Seguidamente, encontra-se dividido em três partes, sendo estas: a primeira parte, que se dedica à avaliação da perceção dos profissionais de saúde relativamente às práticas de HM na sua instituição; a segunda parte, avalia os conhecimentos sobre as práticas de HM; a terceira parte, que analisa a perceção dos profissionais sobre as campanhas de HM realizadas nas instituições de saúde (OMS, 2009).

O questionário é composto por 44 questões e, uma vez que algumas das perguntas, se direcionavam para o contexto hospitalar, optou-se por ocultá-las, através da colocação de um sombreado (Anexo II). As questões apresentadas no questionário, são do tipo aberto (caracterização sócio-demográfica) e fechado, sendo na sua grande maioria composto por questões de resposta fechada, tendo como principal vantagem a objetividade, a qual simplifica o tratamento e a análise da informação obtida (Monte, 2020). A maioria das questões do tipo fechado, consistem numa escala Likert de 7 pontos, exibindo sete opções de resposta. De acordo Antonialli e Antonialli (2016) uma escala Likert, é utilizada para avaliar atitudes, perceções e opiniões. Segundo os mesmos autores, esta escala consiste na atribuição de números, num modelo de pesquisa que inclui 7 opções de resposta, que se associam a níveis de concordância ou discordância com uma determinada afirmação, apresentando uma opção de resposta neutra ao centro. A presença de uma opção neutra, permite a seleção de uma resposta alternativa para as pessoas que não concordam nem discordam com as afirmações e não queiram selecionar opções extremas (Monte, 2020).

Na escala likert atribui-se um valor de 1 (exemplo: discordo totalmente) a 7 (exemplo: concordo totalmente) para cada resposta obtida em cada dimensão, a partir da qual é calculada a média ponderada para cada item ou o somatório das respostas, baseando-se na frequência das respostas (Monte, 2020). Quanto mais próximas as respostas obtidas estiverem de 7, maior será o grau de concordância dos inquiridos, em contrapartida, quanto mais próximas de 1, menor será o grau de satisfação/ou de concordância (Junior, 2017).

A recolha de dados foi realizada durante o mês de novembro de 2022, durante as visitas realizadas à ERPI X. Para aumentar a adesão e participação dos AAD ao projeto, definiu-se previamente o período de uma semana para aplicação e levantamento do instrumento de recolha de dados, sendo para tal disponibilizados três dias, podendo os dirigentes da instituição selecionar os dias e horário mais conveniente para aplicação dos questionários, com o intuito de facilitar a assistência dos profissionais não causando constrangimentos institucionais. De forma a garantir o anonimato dos dados recolhidos, os questionários depois de preenchidos foram colocados num envelope fechado, sendo retirados e analisados apenas quando todos foram preenchidos pelas AAD e recolhidos.

#### **2.1.5. Tratamento da informação**

Os dados obtidos com a aplicação do questionário, foram introduzidos na folha de cálculo *Microsoft Excel*, sendo analisados e interpretados através da aplicação da estatística descritiva, recorrendo-se à utilização de números, percentagens e média e, sempre que necessário, a figuras e/ou quadros para facilitar a análise.

Importa referir, que na primeira e última parte do questionário, são apresentadas questões que avaliam a perceção dos AAD sobre as práticas de HM e sobre a campanha da HM, não existindo respostas certas ou erradas, mas sim, perceções mais ou menos positivas, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma perceção mais positiva e vice-versa. Na segunda parte do questionário, é avaliado o conhecimento sobre a prática de HM e, a avaliação desta dimensão foi efetuada através da contabilização das respostas corretas ou incorretas, tendo esta classificação sido efetuada segundo as recomendações da OMS e a norma da HM (OMS, 2009; DGS, 2019).

Uma vez que após solicitação à DGS, através do PPCIRA, não obtive instruções quanto à forma de proceder ao cálculo do *score* global obtido com a aplicação do questionário, optou-se por realizar o somatório dos itens avaliados pela escala Likert quanto às perceções das AAD e o somatório das respostas corretas relativas ao conhecimento das AAD. Tal estratégia, foi também utilizada por outros autores, em dissertações de mestrado publicadas, que recorreram à utilização do mesmo questionário (Abreu, 2015).

#### **2.1.6. Apresentação e análise de resultados**

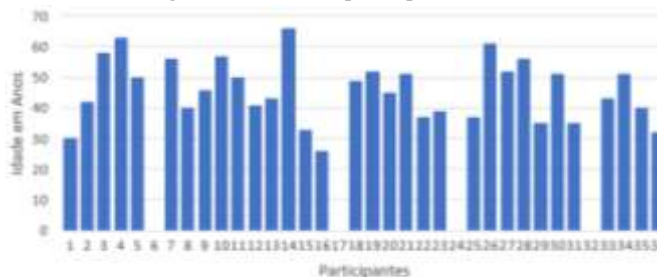
Os resultados obtidos foram analisados inicialmente pela caracterização sociodemográfica dos participantes, seguidos dos dados alcançados nas distintas respostas, o que permitirá avaliar as perceções e conhecimentos dos AAD.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra foi composta por 36 participantes, a totalidade (100%) responderam corretamente à localização da instituição.

Quanto à caracterização da unidade de saúde, 28 (77,7%) dos AAD referiram que a ERPI se enquadra na opção “outra”, justificando que esta se iguala a um lar, sendo esta a opção correta uma vez que se trata de uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Na questão relativa à caracterização do serviço/departamento onde são exercidas as funções na instituição, 33 (91,7%) participantes responderam à questão, sendo que destes, a maioria, 31 (93,9%) dos inquiridos selecionou a opção “outra área”. Uma vez que estamos perante uma instituição ERPI, considerou-se a opção “outra área” como a resposta correta, dado que as restantes opções se direcionam na sua maioria, para o contexto hospitalar. Quanto à caracterização individual da amostra, esta foi constituída por 36 participantes do sexo feminino (100%). Relativamente à atividade profissional, 33 (91,7%) participantes consideraram corretamente que a sua profissão, dentro das opções disponíveis no questionário, se enquadra na opção “Auxiliar de Ação Médica”.

No que concerne à caracterização sociodemográfica, tal como o MPSNP propõe, existem fatores que influenciam os comportamentos de saúde, nomeadamente os fatores pessoais, os quais podem ser categorizados em biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Para realizar uma avaliação mais objetiva, ampliar conhecimentos sobre a população e dar resposta aos distintos fatores que compõem o MPSNP, obtiveram-se informações adicionais através dos dirigentes da instituição, os quais partilharam dados relativos à experiência profissional na área da saúde, tempo de serviço na instituição, habilitações literárias e naturalidade das AAD. Quanto aos fatores biológicos, a idade é considerada preditor de um determinado comportamento (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Relativamente à média de idades, verificou-se que 4 (11,1%) AAD não responderam, surgindo em branco a resposta na figura 4. A média de idades das restantes 32 (88,9%) participantes é 46 anos, sendo a mínima de 26 anos e a máxima de 66 anos.

**Figura 4-** Idade dos participantes



Em relação às características que influenciam os comportamentos, segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2019), a experiência profissional é um fator, verificando-se que 22 (61,1%) das AAD têm 15 anos de experiência profissional na área da saúde e 14 (38,9%) é o primeiro emprego na área ou apresentam pouca experiência (Figura 5).

Figura 5- Experiência profissional das AAD na área da saúde



No que concerne ao tempo de serviço, 22 (61,1%) das AAD exercem funções na instituição há mais de 5 anos e 14 (38,9%) das participantes encontram-se na ERPI entre 1 a 5 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, 32 (88,9%) das AAD apresentam a escolaridade obrigatória e 4 (11,1%) das participantes, não têm escolaridade obrigatória concluída, não sendo especificadas as habilitações literárias destas AAD, por parte da instituição, o que impossibilita uma interpretação correta deste item. Quanto à nacionalidade das inquiridas, 21 (58,4%) são naturais de Portugal, 5 (13,9%) de São Tomé, 4 (11,1%) de Cabo Verde, 3 (8,3%) do Brasil e 3 (8,3%) da Guiné. Observa-se pelos dados apresentados, que **15 (41,7%) são naturais de outros países o que pode interferir diretamente no seu comportamento de promoção da saúde** (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

Quanto aos resultados obtidos com a avaliação das percepções e conhecimentos das AAD relativamente à prática de HM e campanha de HM, uma vez que nestas 3 partes, o questionário apresenta 36 questões e, a sua análise e interpretação é extensa, optou-se por apresentar apenas os dados onde se identificaram problemas nas dimensões avaliadas, sendo os restantes apresentados em apêndice (Apêndice II). Todavia, à priori importa destacar os componentes do MPSNP onde a avaliação dessas dimensões se enquadra. Deste modo, as características individuais, contemplam os fatores pessoais e o comportamento anterior. Além do comportamento anterior, a segunda etapa do modelo, direciona-se à percepção dos benefícios da ação e barreiras para a ação, à autoeficácia percebida, influências interpessoais e situacionais (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

Relativamente à avaliação da percepção das participantes, verificou-se que 28 (77,8%) das inquiridas responderam que já tinham recebido formação de HM, enquanto 8 (22,2%) das participantes responderam que não (Figura 6). Quanto a esta questão importa frisar que algumas das participantes antes do preenchimento do questionário, mencionaram ter apenas um ano de atividade profissional na instituição, podendo este facto justificar a ausência de formação nestes elementos. A maioria referiu previamente, que recebeu uma formação de

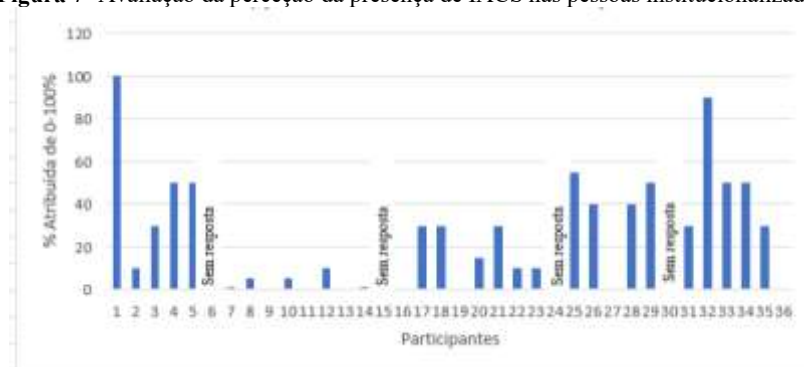
HM e PBCI em 2019 e que durante a pandemia existiram intervenções formativas em contexto de trabalho, relacionadas com a prevenção da infeção por Covid-19.

**Figura 6-** Formação sobre HM



Quanto à perceção das AAD sobre a percentagem de doentes internados com IACS na instituição, verificou-se que nas 32 participantes que responderam, em 11 (34,4%) a **percentagem escrita foi inferior a 10%**, em 18 (56,2%) das participantes variou entre 10 e 50% e em 3 ADD (9,4%) a resposta foi superior a 50%. A média das respostas das AAD sobre a presença de IACS na instituição foi de 25,7% (Figura 7).

**Figura 7-** Avaliação da perceção da presença de IACS nas pessoas institucionalizadas

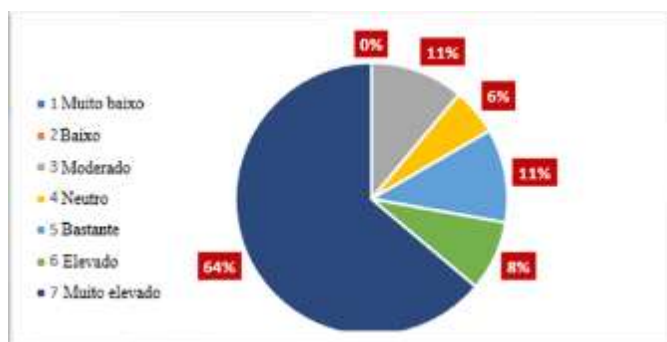


De acordo com a informação recolhida na instituição, das 108 pessoas institucionalizadas na ERPI, foi possível identificar a percentagem das IACS ocorridas entre 2021 e 2022 (até 21 de novembro de 2022) nas pessoas residentes. Verificou-se que em 2021, ocorreram 84% episódios de IACS em 58 residentes (incidência de 53,7%). A média de IACS nos residentes em 2021 foi de  $\bar{x}=1,54$ . Já em 2022, a percentagem de IACS ocorridas foi de 91%, as quais se manifestaram em 67 residentes (incidência de 62,1%). A média de IACS 2022 foi de  $\bar{x}=1,68$ . Deste modo, conclui-se que a **perceção das AAD sobre a percentagem das IACS nos residentes institucionalizados é baixa**, uma vez que esta correspondeu a 25,7%, valor bastante inferior à percentagem de IACS ocorrida na instituição no período referido. Quanto à tipologia de infeções, as mais prevalentes em 2021 foram: 42 diagnósticos de infeções respiratórias (22 (52,4%) episódios por Covid-19) e 33 de ITU. Em 2022, as infeções mais prevalentes foram: 43 ITU e 32 infeções respiratórias. As IACS mais frequentes na instituição, vão ao encontro dos dados apresentados a nível mundial e nacional, relativamente à tipologia de infeções mais diagnosticadas.

Relativamente à percepção das AAD sobre o impacto das IACS no prognóstico do doente, a maioria das participantes 25 (69,4%), não consideram que a infeção apresenta um impacto negativo sobre o prognóstico do doente. Atribuindo valores de 1 a 7 às respostas possíveis (Muito Baixo (1) / Baixo (2) / Moderado (3) / Neutro (4)/ Parcialmente Elevado (5)/ Elevado (6)/ Muito Elevado (7)), verificou-se que a média das respostas foi  $\bar{x}= 3,31$ , sendo o impacto classificado como moderado (3), valor mais próximo de uma **percepção negativa**.

Na análise da percepção das AAD quanto ao impacto da eficácia da HM, na prevenção das IACS, verificou-se que a maioria 26 (72,2%) das participantes consideram que esta ação não tem um impacto significativo na prevenção das IACS, demonstrando uma **percepção negativa**. As AAD consideram também, que despendem, na sua maioria (23 participantes/ 64%), um esforço elevado para realizar uma adequada HM quando cuidam dos doentes (Figura 8), o que demonstra uma **percepção negativa** sobre o procedimento de HM.

Figura 8- Esforço despendido com a HM



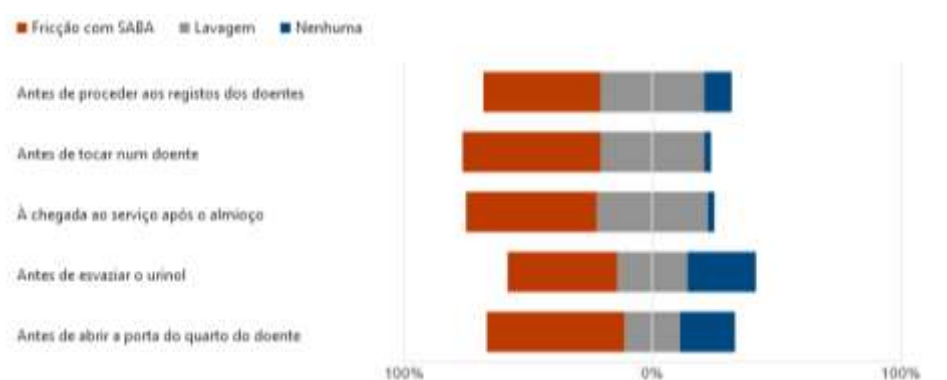
Após análise da dimensão percepção, seguidamente será apresentada a avaliação do conhecimento das AAD relativamente à prática da HM. Relativamente à questão sobre a **principal via de transmissão de microrganismos entre os doentes**, apenas 8 (22,2%) participantes responderam corretamente selecionando as “mãos dos profissionais”. Face aos resultados apresentados, é possível afirmar que 28 (77,8%) dos participantes responderam incorretamente, o que demonstra **falta de conhecimento** sobre o tema. Quanto à pergunta referente à **fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS**, 8 (22,2%) responderam corretamente selecionando a opção “Doentes” e, a maioria das participantes (28 AAD/ 77,8%) incorretamente, evidenciando-se **falta de conhecimento** sobre a questão. Através da análise da figura 9, é possível verificar que na pergunta que se refere ao **tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana nas mãos**, cerca de 12 (33,3%) ADD, selecionaram corretamente a opção “20 segundos” e, a maioria (23 respostas/63,9%) responderam incorretamente, demonstrando **falta de conhecimento**.

**Figura 9-** Tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana nas mãos



Quanto às **situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados**, como a utilização de adornos e as lesões na pele, a percentagem de respostas corretas obtidas foi de 69,8%. Contudo, 20 (55,6%) AAD **consideraram incorretamente que as unhas postizas não devem ser evitadas**, revelando **falta de conhecimento**. No que se refere ao método de HM indicado em 5 situações do contexto de cuidados, verificou-se que na maioria das alíneas, as AAD apresentaram uma resposta incorreta (Figura 10), o que demonstra **falta de conhecimento sobre o método de HM a aplicar em diferentes situações da prestação de cuidados**.

**Figura 10-** Método de HM aplicável a distintas situações no contexto da prestação de cuidados



Em síntese, analisando as respostas obtidas nas diferentes questões de avaliação da perceção sobre a prática da HM na instituição, verifica-se que na generalidade das respostas, a perceção sobre a prática é positiva (Apêndice II). Todavia, dos dados apresentados, alguns problemas emergiram, nomeadamente: a baixa perceção sobre a percentagem de doentes que desenvolvem IACS; a baixa perceção num elevado número de inquiridas que consideram que as IACS não têm um impacto significativo no prognóstico do doente; a maioria das AAD consideram que a HM não tem um impacto significativo na prevenção das IACS; e o elevado esforço atribuído pela maioria das AAD ao procedimento de HM.

Quanto à avaliação dos conhecimentos sobre a prática da HM, diferentes problemas se identificaram uma vez que nas 6 questões colocadas, apenas uma foi respondida corretamente na totalidade (Apêndice II). Os principais problemas identificados foram: a falta de conhecimento sobre a principal via de transmissão de microrganismos entre doentes; falta de conhecimento sobre a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas

IACS; falta de conhecimento do tempo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos; baixo conhecimento sobre algumas das situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados, nomeadamente as unhas postizas; falta de conhecimento dos métodos de HM aplicáveis a diferentes situações do contexto de cuidados. A falta de conhecimento sobre estes temas, pode interferir com a prática da HM aumentando o risco de IACS. Relativamente à última parte do questionário, que se dedica à avaliação da perceção dos profissionais sobre as campanhas de HM, é possível aferir que a média de classificação das respostas foi  $\bar{X}=5,85$  (Apêndice II). Deste modo, conclui-se que a perceção sobre a campanha da HM é positiva, sendo a pandemia e as medidas formativas implementadas nesse âmbito, destacadas com relevância na melhoria recente da perceção sobre a importância da HM.

Da análise dos resultados obtidos foram identificados distintos problemas, dos quais emergiram necessidades de intervenção neste grupo de AAD em relação à temática em análise, sendo estas: **a necessidade de formação e capacitação das AAD sobre prevenção e controlo da infeção**, promovendo a melhoria da sua capacidade de tomar conta através do ensino e treino sobre estratégias preventivas; e, **a necessidade de aumentar a segurança da pessoa institucionalizada**, devido à elevada presença de IACS nas pessoas institucionalizadas na ERPI X, sendo necessário diminuir a incidência anual de infeções.

#### **2.1.7. Diagnósticos de enfermagem**

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico ao caracterizar o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, sendo um instrumento que permite colocar em prática as políticas de saúde, definir prioridades, organizar atividades e acompanhar os resultados obtidos com as intervenções realizadas. Nesta perspetiva Pender, Murdaugh e Parsons (2019) afirmam que os enfermeiros trabalham em parceria com as pessoas alvo dos seus cuidados, com o intuito de transmitir os conhecimentos e habilidades necessárias que permitam a sua capacitação para alcançar os objetivos de saúde. Para as mesmas autoras, a ação de enfermagem na promoção da saúde depende, da forma como o conhecimento em saúde é fundamentado na ciência. Desta forma, procedeu-se à identificação dos problemas existentes no grupo das AAD sobre a temática em análise, para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, realizando-se um paralelismo entre o MPSNP e os diagnósticos de enfermagem correspondentes de acordo com a nomenclatura padronizada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (OE, 2019), os quais serão apresentados seguidamente no quadro 2.

**Quadro 2** - Enunciados dos diagnósticos de enfermagem

Problemas de Saúde	MPSNP	Diagnósticos CIPE ®
<p><b>Baixa percepção sobre a prevalência das IACS nas pessoas institucionalizadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comportamentos anteriores:</b> percepção sobre a prevalência das IACS nas pessoas institucionalizadas;</li> <li>- <b>Influências interpessoais:</b> crenças irrealistas sobre a prevalência de IACS nas pessoas institucionalizadas;</li> <li>- <b>Fatores pessoais (socioculturais):</b> inexperiência profissional; reduzido tempo de serviço de um número elevado de AAD; elevado número de pessoas com nacionalidade estrangeira.</li> </ul>	<p><b>Percepção das AAD comprometida, relativamente à prevalência das IACS nas pessoas institucionalizadas</b></p> <p><b>Foco:</b> Percepção (10012815)  <b>Juízo:</b> Comprometido (10012938)  <b>Cliente:</b> Grupo (10008544)</p>
<p><b>Baixa percepção sobre o impacto das IACS no prognóstico da pessoa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comportamentos anteriores:</b> percepção sobre o impacto das IACS no prognóstico do residente;</li> <li>- <b>Influências interpessoais:</b> crenças irrealistas sobre o impacto das IACS no prognóstico da pessoa;</li> <li>- <b>Fatores pessoais (socioculturais):</b> inexperiência profissional; reduzido tempo de serviço de um número elevado de AAD; elevado número de pessoas com nacionalidade estrangeira.</li> </ul>	<p><b>Percepção das AAD comprometida, relativamente ao impacto das IACS no prognóstico da pessoa</b></p> <p><b>Foco:</b> Percepção (10012815)  <b>Juízo:</b> Comprometido (10012938)  <b>Cliente:</b> Grupo (10008544)</p>
<p><b>Baixa percepção sobre o impacto da HM na prevenção das IACS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Baixa percepção dos benefícios da ação:</b> da HM na prevenção das IACS;</li> <li>- <b>Barreiras percebidas para a ação:</b> baixa percepção do impacto da HM na prevenção das IACS;</li> <li>- <b>Baixa percepção da autoeficácia</b> da HM na prevenção das IACS;</li> <li>- <b>Influências situacionais:</b> percepção de um elevado esforço relacionado com o procedimento de HM;</li> <li>- <b>Fatores pessoais (socioculturais):</b> inexperiência profissional; reduzido tempo de serviço de um número elevado de AAD; elevado número de pessoas com nacionalidade estrangeira.</li> </ul>	<p><b>Percepção das AAD comprometida, relativamente ao impacto da HM na prevenção das IACS</b></p> <p><b>Foco:</b> Percepção (10012815)  <b>Juízo:</b> Comprometido (10012938)  <b>Cliente:</b> Grupo (10008544)</p> <hr/> <p><b>Risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas, pela baixa percepção das AAD, relativamente à prevenção das IACS</b></p> <p><b>Foco:</b> Infeção Cruzada (10005404)  <b>Juízo:</b> Risco (10015007)  <b>Cliente:</b> Grupo (10008544)</p>

- **Falta de Conhecimento sobre:**

- A principal via de transmissão de microrganismos;
- A fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS;
- O tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos;
- Algumas das situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados (exemplo: unhas postiças);
- A maioria dos métodos de HM aplicáveis a diferentes situações do contexto de cuidados.

**-Comportamentos anteriores:** falta de conhecimento sobre infecção cruzada;

**-Compromisso com o plano de ação:** por falta de conhecimentos sobre prevenção e controlo da infecção;

**-Influências interpessoais:** por crença irreal que o uso de unhas postiças pelos pares não aumenta o risco de infecção;

**-Fatores pessoais (socioculturais):** inexperiência profissional; reduzido tempo de serviço de um número elevado de AAD; elevado número de pessoas com nacionalidade estrangeira.

**Conhecimento sobre infecção cruzada comprometido, no grupo das AAD**

**Foco:** Conhecimento sobre infecção cruzada (10037978)

**Juízo:** Comprometido (10012938)

**Cliente:** Grupo (10008544)

**Risco de infecção cruzada nas pessoas institucionalizadas, por falta de conhecimento das AAD, relativamente à prevenção das IACS**

**Foco:** Infecção Cruzada (10005404)

**Juízo:** Risco (10015007)

**Cliente:** Grupo (10008544)

**Conhecimento das AAD comprometido, relativamente à prevenção das IACS**

**Foco:** Conhecimento (10011042)

**Juízo:** Comprometido (10012938)

**Cliente:** Grupo (10008544)

**Fonte:** Adaptado de Pender, Murdaugh, & Parsons (2019) e CIPE (2019)

## 2.2. Definição de prioridades

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a definição de prioridades é a segunda fase do processo do planeamento em saúde, a qual se relaciona com a definição de diagnósticos e determina a fase seguinte de fixação dos objetivos. Para os mesmos autores, esta etapa contempla a **dimensão temporal** e os **recursos necessários**. A dimensão temporal, sugere que as necessidades são recorrentes pelo que é necessária a sua satisfação, devendo gerir-se os recursos existentes, para que possam ser aplicados às necessidades atuais e futuras e, uma vez que não é possível dar resposta às necessidades de todos, é crucial determinar uma população. Para Tavares (1990), esta fase consiste na tomada de decisão, que permite a utilização eficiente dos recursos e a determinação dos resultados a atingir, sendo essencial identificar os problemas prioritários, através da utilização de critérios de identificação e priorização.

Neste âmbito Pineault (2016), evidencia que os elementos de maior dimensão neste processo, resultam da relação entre o problema prioritário e a prioridade de intervenção, sendo as prioridades neste projeto determinadas segundo a grelha de análise de Pineault e Daveluy, a qual utiliza os seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o fator de risco, capacidade técnica de intervir e a exequibilidade do projeto ou intervenção (Tavares, 1990) (Quadro 3). Recorrendo a esta grelha, é atribuída a classificação de mais (+) ou (-), sequencialmente, aos critérios expostos, obtendo-se um resultado, em que o valor 1 corresponde à prioridade máxima de intervenção.

**Quadro 3-** Grelha de análise para priorização dos problemas identificados

Diagnósticos	Critérios					Total
	Importância do problema	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica de intervir	Exequibilidade da intervenção		
<b>Perceção das AAD comprometida, relativamente à prevalência das IACS nas pessoas institucionalizadas</b>	+	-	+	+		5
<b>Perceção das AAD comprometida, relativamente ao impacto das IACS no prognóstico da pessoa</b>	+	-	+	+		5
<b>Perceção das AAD comprometida, relativamente ao impacto da HM na prevenção das IACS</b>	+	+	+	+		1
<b>Risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas, pela baixa perceção das AAD, relativamente à prevenção das IACS</b>	+	+	+	+		1
<b>Risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas, por falta de conhecimento das AAD, relativamente à prevenção das IACS</b>	+	+	+	+		1
<b>Conhecimento sobre infeção cruzada comprometido, no grupo das AAD</b>	+	+	+	+		1
<b>Conhecimento das AAD comprometido, relativamente à prevenção das IACS</b>	+	+	+	+		1

Pelos resultados alcançados no quadro 3, identificaram-se diferentes diagnósticos prioritários. A classificação final, resulta do consenso obtido entre a enfermeira orientadora, a mestranda e o enfermeiro coordenador da ERPI, diminuindo-se a subjetividade da priorização efetuada (Tavares, 1990). Embora se identifiquem diferentes áreas prioritárias é notório que todas se encontram interligadas, sendo os critérios decisivos da análise, a capacidade técnica de intervir e a exequibilidade. Face ao exposto, os diagnósticos “*Perceção*

*das AAD comprometida, relativamente ao impacto da HM na prevenção das IACS*”, “*Risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas, pela baixa perceção e das AAD, relativamente à prevenção das IACS*”, “*Risco de infeção cruzada nas pessoas institucionalizadas, pela falta de conhecimento das AAD, relativamente à prevenção das IACS*”, “*Conhecimento sobre infeção cruzada comprometido, no grupo das AAD*” e “*Conhecimento das AAD comprometido, relativamente à prevenção das IACS*”, foram considerados prioritários para intervir.

### **2.3. Fixação de objetivos e metas**

De acordo Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa deve ser definida em concordância com os problemas prioritários identificados e, é mediante a fixação dos objetivos que será possível realizar uma avaliação dos resultados obtidos com o projeto de intervenção. Para Tavares (1990), os objetivos devem ser interdependentes, sequenciais, pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Os objetivos consistem na emissão de um resultado pretendido e executável, em relação a um problema identificado, traduzindo-se por indicadores de resultado e de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993). Para os mesmos autores, o objetivo operacional ou meta, consiste num resultado pretendido e exequível relativamente às atividades dos serviços de saúde, que se traduz por indicadores de atividade. Já o objetivo geral, consiste numa determinada situação que se pretende atingir e, os objetivos específicos pormenorizam-no, contribuindo para a concretização do objetivo geral (Tavares, 1990).

A seleção de indicadores dos problemas de saúde, permite analisar as modificações ocorridas em relação ao estado inicial. Os indicadores de resultado ou de impacto permitem medir as alterações ocorridas num problema e, os indicadores de atividade medem as atividades realizadas, para atingir os indicadores de resultados definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, definiu-se como objetivo geral deste projeto “**Contribuir para a diminuição das infeções na ERPI X, através da capacitação do grupo de ajudantes de ação direta**”. De forma a alcançar este objetivo, foram definidos objetivos específicos, propostas atividades, metas a atingir e respetivos indicadores de atividade, tendo por base o MPSNP e o critério temporal do estágio, como exposto no Quadro 4.

**Quadro 4-** Associação entre o objetivo geral, os objetivos específicos, atividades, metas e indicadores de atividade

Objetivo Geral			
“Contribuir para a diminuição das infeções na ERPI X, através da capacitação do grupo de ajudantes de ação direta”			
Objetivo Específico	Atividades	Metas	Indicadores de Atividade
<b>1</b> <b>Ensinar as AAD da ERPI X, sobre prevenção e controlo das IACS, em janeiro de 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar 1 sessão formativa às AAD, por cada piso da ERPI X, sobre prevenção e controlo das IACS, em 2 datas programadas;</li> <li>- Criar um folheto informativo com o resumo da informação transmitida, para entregar às participantes na sessão;</li> <li>- Fornecer cartazes informativos, com as técnicas e momentos de HM, para colocar nos lavatórios da instituição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(A) Que 100% das sessões formativas programadas na ERPI X sejam realizadas;</li> <li>(B) Que 50% do grupo de AAD participem na sessão formativa;</li> <li>(C) Que 75% das participantes avaliem a sessão formativa com nível satisfatório (satisfeito ou muito satisfeito);</li> <li>(D) Que 100% da entrega do folheto informativo às participantes seja atingida;</li> <li>(E) Que 75% da distribuição de cartazes informativos pela instituição seja atingida.</li> </ul>	$(A) = \frac{N.^{\circ} \text{ sessões formativas realizadas na ERPI X}}{N.^{\circ} \text{ sessões formativas programadas na ERPI X}} \times 100$ $(B) = \frac{N.^{\circ} \text{ AAD presentes na sessão formativa}}{N.^{\circ} \text{ total de ADD da ERPI X}} \times 100$ $(C) = \frac{N.^{\circ} \text{ de participantes com nível satisfatório de sessão}}{N.^{\circ} \text{ total de participantes na sessão}} \times 100$ $(D) = \frac{N.^{\circ} \text{ folhetos entregues}}{N.^{\circ} \text{ total de participantes na sessão}} \times 100$ $(E) = \frac{N.^{\circ} \text{ cartazes distribuídos}}{N.^{\circ} \text{ total de lavatórios}} \times 100$
<b>2</b> <b>Colaborar com a equipa de enfermagem da ERPI X, no âmbito da diminuição das IACS nas pessoas institucionalizadas, entre 2022-2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar um manual sobre a prevenção das IACS, a integrar o plano de formação das AAD à instituição, com linguagem clara e acessível, para posterior entrega pelos enfermeiros da ERPI X na integração de novos elementos de AAD à equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(F) Que 100% da entrega do manual às AAD pela equipa de enfermeiros da ERPI X seja atingida.</li> </ul>	$(F) = \frac{N.^{\circ} \text{ manuais entregues}}{N.^{\circ} \text{ de manuais previstos de elaboração}} \times 100$

<p>3</p> <p><b>Envolver os intervenientes do projeto “Formar para cuidar” da UCC de Sete Rios, no projeto de intervenção, em dezembro de 2022</b></p>	<p>- <b>Realizar uma reunião com a responsável do projeto “Formar para cuidar”,</b> da UCC de Sete Rios, para apresentar o projeto de intervenção e solicitar contribuições para a elaboração da sessão formativa.</p>	<p>(G) Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas;</p> <p>(H) Que 100% da equipa da UCC de Sete Rios, envolvida no projeto “Formar para cuidar” esteja presente na reunião e colabore com contributos para a realização da sessão formativa na ERPI X.</p>	$(G) = \frac{N.^{\circ} \text{ reuniões realizadas}}{N.^{\circ} \text{ reuniões programadas}} \times 100$ $(H) = \frac{N.^{\circ} \text{ de Enf.}^{\circ} \text{ responsáveis pelo projecto da UCC presentes na reunião}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ da UCC}} \times 100$
<p>4</p> <p><b>Estabelecer parceria com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria, em janeiro de 2023</b></p>	<p>- <b>Realizar uma reunião com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria,</b> para apresentar o projeto de intervenção e solicitar contribuições para a elaboração da sessão formativa;</p> <p>- <b>Solicitar o equipamento de luz ultravioleta</b> para utilizar nas sessões formativas a fim de avaliar a eficácia do procedimento de HM e aumentar a adesão ao procedimento.</p>	<p>(I) Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas;</p> <p>(J) Que 50% da equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria esteja presente na reunião e colabore com contributos para a realização da sessão formativa na ERPI X;</p> <p>(K) Que 100% das sessões formativas realizadas tenham disponível o equipamento de luz ultravioleta.</p>	$(I) = \frac{N.^{\circ} \text{ reuniões realizadas}}{N.^{\circ} \text{ reuniões programadas}} \times 100$ $(J) = \frac{N.^{\circ} \text{ de Enf.}^{\circ} \text{ do PPCIRA presentes na reunião}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ do PPCIRA}} \times 100$ $(K) = \frac{N.^{\circ} \text{ sessões formativas realizadas com o eq.de luz ultravioleta}}{N.^{\circ} \text{ sessões formativas programadas com o eq. de luz ultravioleta}} \times 100$
<p>5</p> <p><b>Integrar a USP FG na intervenção realizada com a ERPI X sobre a prevenção da infeção, em novembro e dezembro de 2022</b></p>	<p>- <b>Realizar uma reunião com as responsáveis do projeto: “PBCI em ERPI”</b> da USP FG, para apresentar o diagnóstico de situação da ERPI X e, solicitar colaboração na sessão formativa a realizar na instituição.</p>	<p>(L) Que 100% das reuniões programadas na USP FG sejam realizadas;</p> <p>(M) Que 50% da equipa da USP envolvida no projeto referido, participe na reunião.</p>	$(L) = \frac{N.^{\circ} \text{ reuniões realizadas}}{N.^{\circ} \text{ reuniões programadas}} \times 100$ $(M) = \frac{N.^{\circ} \text{ de Enf.}^{\circ} \text{ responsáveis pelo projecto da USP FG presentes na reunião}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ da USP FG}} \times 100$

<b>6</b> <b>Divulgar o projeto de intervenção aos profissionais de saúde da USP para dar continuidade ao mesmo, em janeiro de 2023</b>	- Realizar uma sessão de divulgação com os profissionais de saúde da USP FG para <b>apresentar o projeto</b> de intervenção.	<b>(N)</b> Que 100% das sessões de divulgação programadas sejam realizadas;	$(N) = \frac{N.^{\circ} \text{ sessões informativas realizadas}}{N.^{\circ} \text{ sessões informativas programadas}} \times 100$
		<b>(O)</b> Que 50% da equipa do projeto “PBCI em ERPI”, da USP FG esteja presente na sessão de apresentação do projeto de intervenção;	$(O) = \frac{N.^{\circ} \text{ Enf.}^{\circ} \text{ da equipa do projecto referido presentes na sessão formativa}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ do projecto referido da USP}} \times 100$
		<b>(P)</b> Que 50% dos profissionais de saúde da USP FG estejam presentes na apresentação do projeto.	$(P) = \frac{N.^{\circ} \text{ profissionais de saúde da USP presentes na apresentação}}{N.^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde da USP}} \times 100$

Relativamente à fase de seleção e estabelecimento de indicadores, foram ainda definidos indicadores de resultado ou de impacto, apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5-** Indicadores de resultado ou impacto do projeto

Objetivo Geral	
<b>“Contribuir para a diminuição das infeções na ERPI X, através da capacitação do grupo de ajudantes de ação direta”</b>	
<b>Meta</b>	Diminuir em pelo menos 30% os diagnósticos de IACS na ERPI X um ano após a realização do projeto de intervenção
<b>Indicadores de resultado ou de impacto</b>	$\frac{N.^{\circ} \text{ de pessoas institucionalizadas na ERPI X com diagnóstico de IACS}}{N.^{\circ} \text{ total de pessoas institucionalizadas na ERPI X}} \times 100$

Relativamente à determinação da tendência dos problemas prioritários, segundo os dados apresentados, em 2021 a incidência de IACS na ERPI X foi de 53,7% e em 2022, verificou-se um aumento para 62,1%. Não existindo registos anteriores que permitam analisar a tendência prévia do problema, os dados referentes ao período mencionado, servirão de referência para comparação, de forma a poder verificar o cumprimento da meta estabelecida e o objetivo geral fixado, um ano após a realização do projeto.

## 2.4. Seleção de estratégias

Na etapa de definição de estratégias, diferentes abordagens podem ser adotadas na análise dos problemas identificados (Tavares, 1990). Assim, pressupõe-se a definição do processo mais adequado para diminuir os problemas identificados, sugerindo-se novas estratégias de intervenção que possibilitem a consecução dos objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, nesta fase devem ser estabelecidos critérios que permitam a sua concretização, devendo estes ser focados na prevenção e eficiência dos recursos. Para tal, é essencial analisar os recursos disponíveis, os custos/benefícios, estimar obstáculos, selecionar a estratégia mais exequível e potencial e, rever os objetivos e estratégias selecionadas, se necessário (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Face ao exposto, a análise e interpretação da **evidência científica** existente sobre o problema em estudo, **foi uma estratégia** de suporte aplicada a todas as fases do desenvolvimento deste projeto. Em virtude dos resultados obtidos e, da auscultação das necessidades sentidas pelos responsáveis da ERPI, foi também adotada a **estratégia educacional**, a qual vai ao encontro das propostas de intervenção referidas pela evidência mapeada. Segundo os dados recolhidos, a maioria das AAD refere ter recebido formação sobre a HM. Contudo, face aos problemas identificados junto desta população, a formação recebida não se revelou suficiente para suprimir as necessidades educativas sobre a prática de HM, nem promotora da adoção de comportamentos preventivos das infeções, pelo grupo alvo. Neste âmbito, as diretrizes internacionais reforçam a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, sendo a formação sobre prevenção das IACS, um elemento central da estratégia multimodal (OMS, 2022; Valim et al., 2019). A nível nacional, o PPCIRA estabelece como uma das suas atividades fundamentais a realização de atividades educacionais de capacitação, que contribuam para a melhoria da literacia dos profissionais de saúde. Em complementaridade, o PNSD ao estabelecer a realização de práticas seguras em ambientes seguros, preconiza como um fator essencial à sua concretização a formação dos profissionais (DGS, 2022). A necessidade de melhoria da literacia através da capacitação dos indivíduos é, também um fator defendido pelo MPSNP, o qual é entendido como essencial para garantir a realização de comportamentos promotores da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

No âmbito da estratégia educacional, de forma a promover a formação/motivação sobre a temática da HM, controlo da infeção e a melhoria da perceção dos profissionais sobre o impacto da incidência de IACS nos residentes, é crucial a transmissão de conteúdos relativos aos 5 momentos para a HM, PBCI, vantagens da HM e, apresentar vídeos, folhetos

e cartazes relacionados com o tema (DGS, 2019). Além da DGS, o guia de implementação da estratégia multimodal, evidencia que a utilização de estratégias que funcionem como lembretes no local de trabalho, estimula a melhoria do comportamento de HM, sugerindo a utilização de folhetos e cartazes (5 momentos de HM e técnicas de HM) (OMS, 2009). Todas estas estratégias, foram selecionadas e implementadas durante a sessão formativa desenvolvida.

Por fim, outra estratégia adotada foi o **estabelecimento de parcerias**. De acordo com Laverack (2008), a promoção da saúde analisa o *empowerment* como um referencial que inclui distintos componentes, entre os quais o estabelecimento de parcerias. Para o mesmo autor, a criação de parcerias no contexto comunitário, permite a gestão mais eficiente dos recursos disponíveis contribuindo para a identificação e resolução de problemas na comunidade. Deste modo, foi estabelecida parceria com a ERPI X, com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria e com a equipa de enfermagem do projeto “Formar para Cuidar” da UCC de Sete Rios. A articulação, envolvimento e estabelecimento de parcerias externas (ERPI X/ PPCIRA) e internas (UCC- unidade funcional do ACES LN), teve como propósito: dar a conhecer o projeto; compreender e analisar as estratégias adotadas pelos parceiros na abordagem à problemática das IACS junto das instituições de saúde; obter colaboração durante a implementação do projeto; e, acompanhar o projeto de forma a permitir a sua continuidade e a replicação deste em outros estabelecimentos de saúde. Além deste aspeto, a parceria estabelecida com o PPCIRA teve como propósito o empréstimo do equipamento de luz ultravioleta para utilizar nas sessões formativas. A utilização da luz ultravioleta é uma estratégia motivacional, que permite demonstrar se a HM foi correta após a fricção com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), aumentando a perceção das pessoas quanto ao procedimento efetuado (DGS, 2019). Esta foi uma estratégia utilizada durante as sessões e que aumentou visivelmente a atenção e interesse das AAD nos conteúdos transmitidos.

## **2.5. Elaboração de programas e projetos**

Posteriormente à seleção de estratégias, surge a fase de planeamento operacional da concretização do projeto através da formulação de programas e projetos. Assim, entende-se por programa o conjunto de atividades essenciais à realização de uma determinada estratégia e, o projeto consiste no conjunto de ações que contribuem para a realização de um programa (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). De forma a contribuir para a diminuição das IACS na ERPI X, através da capacitação das AAD relativamente à prevenção das infeções,

este projeto, intitulado “Prevenir a infecção em estruturas residenciais: intervenção de enfermagem de saúde pública”, insere-se em diferentes planos e programas.

O **PNS 2021-2030** incide não só, nos problemas de elevada magnitude (patologias cardiovasculares e neoplasias) mas também, nos problemas de baixa magnitude (mortalidade materna), ou com risco potencial devido ao incremento da sua incidência (infecções virais com potencial pandémico; e as emergências em SP). O PNS emana orientações com o intuito de “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, sendo para tal crucial o controlo das IACS nas instituições de saúde (DGS, 2021). Além do PNS, também o **PNSD 2021-2026** apresenta distintos objetivos estratégicos, entre os quais se destaca a monitorização e implementação de práticas seguras e a redução das IACS, contemplando como atividades o desenvolvimento de intervenções de melhoria da qualidade (DGS, 2022). Relativamente ao **PPCIRA**, um dos seus objetivos fundamentais incide na redução das IACS, através da sua prevenção. O que este programa pretendia atingir até 2020, no contexto das infeções, consistia em reduzir para menos de 8% as infeções hospitalares e para menos de 10% as infeções ocorridas em unidades de cuidados continuados, podendo incluir-se neste grupo as ERPI (DGS, 2017). O **plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021**, aborda a literacia em saúde como uma estratégia de promoção da saúde, evidenciando orientações que vão ao encontro deste projeto. Este plano enquadra-se nos princípios da “cidadania em saúde”, “equidade e acesso aos cuidados de saúde”, “qualidade em saúde” e, estabelece como um dos seus objetivos gerais a promoção do conhecimento e investigação, onde se incluem as equipas de saúde, salientando que é crucial disponibilizar instrumentos e ferramentas que promovam a melhoria dos seus conhecimentos em matéria de saúde (DGS, 2018).

Face ao exposto, este projeto de intervenção comunitária assenta na **prevenção primária**. Para Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) a prevenção primária é um dos níveis de prevenção que assume maior impacto sobre a saúde dos indivíduos, dado que o seu objetivo consiste em limitar a incidência de um determinado problema através do controlo das suas causas e fatores de risco, antes do aparecimento das doenças. A principal vantagem da prevenção primária é que se centra na redução de um problema na população, mesmo que em reduzida percentagem. Este nível de prevenção enquadra-se no MPSNP dado que, a prevenção primária ao objetivar a diminuição e controlo dos fatores de risco modificáveis na população, promove a saúde e previne a doença (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

No que concerne aos obstáculos deste projeto, estes prendem-se com: obstáculos quantitativos relativos aos recursos (exemplo: dotação de profissionais e EPI); obstáculos

qualitativos dos recursos existentes (exemplo: atitudes dos profissionais e do serviço de saúde face ao projeto); obstáculos relativos à atitude da população (exemplo: disponibilidade/renitência à alteração de atividades nos serviços e recolha de dados); e obstáculos financeiros, focados na disponibilidade financeira do mestrando (exemplo: deslocações em viatura própria à ERPI, UCC e PPCIRA; utilização de internet própria durante o estágio; necessidade de impressão de questionários, folhetos e cartazes).

## **2.6. Preparação da execução**

A etapa de preparação da execução, tem como propósito facilitar a realização das atividades previstas. Para tal, prevê a relação existente entre as atividades definidas, evita a sua repetição e o número excessivo de tarefas em simultâneo e, contribui para a análise de dificuldades e dos recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deste modo, tendo em conta as necessidades e problemas de saúde identificados e os objetivos traçados, foram definidas diferentes estratégias. Além deste aspeto, a literatura analisada através do desenvolvimento da *scoping review*, disponibilizou orientações quanto às estratégias preventivas das IACS, as quais destacam a importância de realizar formações direcionadas à prevenção e controlo das infeções, contribuindo para o planeamento de intervenções fundamentadas na mais recente evidência científica. Assim, foi desenvolvida uma sessão formativa, para a qual foi elaborado previamente um plano operacional (Apêndice III), o qual determinou: a atividade a executar, quem (os participantes), quando (data e hora), onde (local da sessão), como (descrição de conteúdos e recursos didáticos), objetivos (geral e específicos) e avaliação (Tavares, 1990). Além da sessão formativa (Apêndice IV), foi elaborado um folheto informativo (Apêndice V) e um manual de integração das AAD à estrutura residencial (Apêndice VI), os quais foram desenvolvidos com a colaboração do enfermeiro da ERPI, enfermeira orientadora e enfermeira do PPCIRA.

Nesta fase foi também, terminado o cronograma de atividades de GANT (gráfico de duas dimensões), que apresenta nas abcissas o tempo e nas ordenadas as atividades programadas, o qual foi desenvolvido com o propósito de programar e definir cronologicamente as etapas a realizar ao longo do estágio e, verificar o sucesso das atividades planeadas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990) (Apêndice VII).

A sessão formativa desenvolvida foi realizada em 2 momentos distintos, de forma a garantir um maior número de AAD presentes em cada piso. Foi apenas permitida, por parte da direção, a realização de uma sessão formativa por piso, pelo que os conteúdos da sessão formativa foram replicados em cada sessão. A sessão foi realizada na sala de formações da ERPI X, em duas datas distintas, num horário laboral definido pela instituição, de forma a

garantir a adesão das AAD. A convocatória para a sessão formativa foi realizada através da afixação prévia de um cartaz nos pisos da instituição (Apêndice VIII) e, através da comunicação verbal por parte do enfermeiro coordenador.

Para as sessões foi desenvolvida, uma apresentação em formato PowerPoint (Apêndice IV), um questionário de avaliação da satisfação (Apêndice XIX), uma ficha de avaliação de conhecimentos da sessão (Apêndice X) e uma folha de presenças (Apêndice XI). Não existiu adesão total das participantes à sessão formativa, uma vez que as sessões foram realizadas em horário laboral e, as intervenientes trabalham em horários rotativos. Todavia, a intervenção formativa abrangeu cerca de 25 ADD, o que corresponde a uma adesão total de 66,7%, conferindo uma participação bastante positiva. A articulação com o enfermeiro coordenador da ERPI foi crucial, em todas as fases do planeamento em saúde, nomeadamente na fase de realização da sessão formativa.

O desenvolvimento do folheto informativo (Apêndice V) entregue em cada sessão, teve como objetivo sintetizar a informação mais importante transmitida durante a sessão para posterior leitura e, contribuir com material educativo de apoio à prestação de cuidados de saúde. Além deste, o manual desenvolvido (Apêndice VI), teve como propósito ser um instrumento informativo de apoio à integração das AAD à estrutura residencial permitindo o aumento dos seus conhecimentos sobre o tema das IACS, o qual foi proposto para integrar o plano de formação da instituição. O manual foi entregue ao enfermeiro coordenador, ficará disponível para consulta na ERPI e será entregue uma versão a todas as AAD que iniciem funções na instituição. O desenvolvimento dos materiais educativos que deram suporte à sessão formativa, foram elaborados com a colaboração da enfermeira orientadora e enfermeira do PPCIRA, sendo validados pelo enfermeiro coordenador da ERPI.

Deste modo, quer a sessão formativa bem como, os materiais educativos elaborados confirmam a evidência científica analisada, que expressa que a formação e capacitação dos indivíduos além de contribuir para a melhoria dos seus conhecimentos, propicia uma introspeção sobre as práticas realizadas, potenciando a modificação de comportamentos e a execução de intervenções com maior segurança (Conde, 2022). Para finalizar, foi realizada uma sessão informativa à equipa multidisciplinar da USP FG com o objetivo de divulgar o projeto de intervenção, permitindo a continuidade do mesmo pela equipa e a sua replicação para outras instituições ERPI da área geodemográfica. A sessão foi realizada em janeiro, durante uma reunião geral da unidade funcional e teve uma participação de aproximadamente 25 profissionais. Para a sessão, foi desenvolvida uma apresentação em formato PowerPoint (Apêndice XII). O *feedback* geral da sessão foi bastante positivo,

considerando que o tema e projeto é bastante atual e relevante para replicar noutras instituições ERPI.

## 2.7. Avaliação do projeto

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a última etapa do planeamento em saúde tem como propósito realizar uma comparação de algo com um padrão, tendo como finalidade a correção das atividades desenvolvidas e/ou o planeamento das mesmas com uma maior eficiência. Assim, o objetivo primordial consiste em determinar o nível de sucesso na concretização de um objetivo, tendo em conta os objetivos definidos e as estratégias interventivas estabelecidas. Os instrumentos de medida mensuráveis e aplicados nesta fase são os indicadores, os quais permitem medir as variáveis em estudo (Tavares, 1990). Deste modo, a avaliação de processo é obtida através das atividades desenvolvidas com as AAD, nomeadamente da avaliação da sua satisfação com a sessão formativa (Apêndice XIX) assim como, das respostas obtidas com a aplicação do instrumento de avaliação de conhecimentos no final da sessão (Apêndice X), tendo em conta as metas e indicadores de atividade fixados (Apêndice XIII). Os resultados atingidos com os indicadores de atividade, são apresentados no quadro 6 e a correspondente avaliação de cada objetivo específico (Apêndice XIV).

**Quadro 6-** Indicadores de atividade relacionados com as metas fixadas e os resultados atingidos

<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
<b>A- Taxa de sessões formativas realizadas na ERPI X</b>	100%	100%
<b>B- Taxa de participação das AAD na sessão formativa</b>	50%	67%
<b>C-Taxa de satisfação das participantes com a sessão formativa</b>	75%	100%
<b>D- Taxa de folhetos entregues durante a sessão formativa às participantes</b>	100%	100%
<b>E- Taxa de cartazes distribuídos na instituição</b>	75%	100%
<b>F- Taxa de manuais entregues às AAD</b>	100%	100%
<b>G-Taxa de reuniões realizadas na UCC de Sete Rios</b>	100%	100%
<b>H- Taxa de participação dos enfermeiros na reunião na UCC</b>	100%	100%
<b>I- Taxa de reuniões realizadas com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria</b>	100%	100%
<b>J- Taxa de participação dos enfermeiros do PPCIRA na reunião</b>	50%	100%
<b>K- Taxa de sessões formativas realizadas com o equipamento de luz ultravioleta</b>	100%	100%
<b>L- Taxa de reuniões realizadas na USP FG</b>	100%	100%

<b>M- Taxa de participação dos enfermeiros do projeto “PBCI em ERPI” na reunião</b>	50%	75%
<b>N- Taxa de sessões de divulgação do projeto realizadas na USP</b>	100%	100%
<b>O- Taxa de participação dos enfermeiros do projeto “PBCI em ERPI”, na sessão de divulgação do projeto</b>	50%	75%
<b>P- Taxa de participação da equipa da USP FG na sessão de apresentação do projeto</b>	50%	75%

Através da análise e interpretação dos indicadores de atividade expostos é possível aferir que, todas as metas propostas foram atingidas, concluindo-se que todas as atividades propostas foram executadas. No que concerne ao primeiro objetivo específico **“Ensinar as AAD da ERPI X, sobre prevenção e controlo das IACS, em janeiro de 2023”**, através dos dados apresentados é possível aferir que o mesmo foi atingido com sucesso, uma vez que 100% das sessões formativas programadas (duas) na ERPI X foram realizadas, sendo que 67% das participantes estiveram presentes nas sessões, superando a meta dos 50% estabelecida. À priori foi estabelecida uma meta com uma percentagem inferior, uma vez que se trata de um grupo de participantes que em virtude das suas atividades laborais contínuas, poderia ter dificuldade em abandonar temporariamente o seu posto de trabalho, estabelecendo assim um objetivo operacional exequível e real. Foi atingida a meta de 100% quanto à entrega do folheto informativo às AAD e, foi superada a meta estabelecida de 75% para 100% relativamente à distribuição de cartazes informativos pela instituição. O nível de satisfação das AAD com as sessões formativas efetuadas foi de 100%, uma vez que todas as AAD classificaram todos os pontos em avaliação (conteúdos, comunicação, apresentação, materiais e recursos, espaço físico, apreciação global) com nível satisfatório ou muito satisfatório. A população-alvo manifestou interesse pelos conteúdos abordados durante as sessões, a maioria participou e partilhou experiências relativas ao tema analisado, manifestando motivação em melhorar e modificar as suas ações. A enfermeira orientadora acompanhou todas as atividades desenvolvidas.

Relativamente ao segundo objetivo específico **“Colaborar com a equipa de enfermagem da ERPI X, no âmbito da diminuição das IACS nas pessoas institucionalizadas, entre 2022-2023”**, foi proposto que o manual desenvolvido em colaboração com os peritos, fosse entregue pela equipa de enfermagem na ERPI X e o mesmo foi atingido (100%). O manual foi distribuído pelos diferentes pisos permitindo a leitura por parte das AAD. O enfermeiro coordenador disponibilizou-se para entregar uma

versão a cada novo elemento que inicie funções de AAD na instituição assim como, a atualização do mesmo será efetuada por este profissional sempre que necessário.

No que respeita ao terceiro objetivo específico **“Envolver os intervenientes do projeto “Formar para cuidar” da UCC de Sete Rios, no projeto de intervenção, em dezembro de 2022”**, foi alcançado com sucesso uma vez que 100% das reuniões programadas foram realizadas, com a participação de 100% dos profissionais envolvidos no projeto (uma enfermeira). Através desta profissional, foi possível analisar os documentos desenvolvidos no âmbito do projeto “Formar para Cuidar”; assistir a uma formação com um grupo de cuidadoras; e, compreender a experiência e as estratégias adotadas para promover a adesão e interesse do público-alvo nas sessões formativas.

Quanto ao quarto objetivo específico **“Estabelecer parceria com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria, em janeiro de 2023”**, foram estabelecidos diferentes contactos telefonicamente e presencialmente através de reuniões (duas), atingindo-se a meta dos 100% estabelecida. Foi mantido contacto, na maioria do tempo, com uma das enfermeiras do PPCIRA a qual articulou com a restante equipa, obtendo-se a participação da totalidade da equipa (100%) nas reuniões realizadas, superando-se a meta dos 75%. Em virtude desta parceria, foi possível adquirir o equipamento de luz ultravioleta para utilizar nas sessões formativas, sendo este objetivo atingido em 100%. Foi possível evidenciar, que a utilização da luz ultravioleta nas sessões formativas, aumentou o interesse e a motivação das AAD com a sessão realizada, como referido.

No que se refere ao quinto objetivo específico, **“Integrar a USP FG na intervenção realizada com a ERPI X sobre a prevenção da infeção, em novembro e dezembro de 2022”**, foram realizadas 100% das reuniões planeadas, através das quais foi possível adquirir conhecimento sobre as ERPI da área geodemográfica, a experiência prévia existente relativamente à implementação de estratégias de controlo da infeção nestas instituições, solicitando também, aconselhamento quanto à estratégia a adotar na ERPI X. Foi possível estabelecer contacto com 75% da equipa envolvida neste projeto, superando a meta dos 50%.

Para finalizar, o sexto objetivo específico **“Divulgar o projeto de intervenção aos profissionais de saúde da USP para dar continuidade ao mesmo, em janeiro de 2023”**, foi alcançado com sucesso uma vez que 100% das sessões de divulgação programadas (uma) foram efetuadas, 75% da equipa do projeto “PBCI em ERPI” e da equipa multidisciplinar da USP FG estiveram presentes na apresentação, superando a meta dos 50% estabelecida.

Dado o período reduzido de estágio, não foi possível avaliar o projeto através dos indicadores de resultado, uma vez que estes, não são passíveis de medição no imediato pois,

avaliam os efeitos a médio-longo prazo tendo em conta o objetivo geral (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, de acordo com o guia de implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da HM, a avaliação imediata após a intervenção educativa, apenas trará informações sobre o impacto imediato do programa (OMS, 2009). Assim, com a aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos às AAD, no final da sessão formativa (Apêndice X), foi possível compreender tendo em conta os indicadores de atividade afixados (Apêndice XIII), que todas as metas estabelecidas para cada indicador foram superadas, o que permite aferir que existiu melhoria dos conhecimentos e percepção das AAD em relação ao tema em análise, após a realização da sessão formativa.

Quanto à avaliação do resultado ou impacto do projeto, diminuir em 30% os diagnósticos de IACS na ERPI X um ano após a realização do projeto. Este objetivo operacional vai ao encontro do estabelecido pelo PPCIRA o qual pretende a redução em pelo menos 10%, das IACS ocorridas em unidades de cuidados continuados ou instituições equiparadas. Todavia, a meta estabelecida para este projeto direciona-se apenas à ERPI X, optando-se por uma meta superior uma vez que se trata de uma única instituição.

Para obter informações sobre o impacto a longo prazo, deverá ser realizada uma avaliação final, num espaço de tempo maior, sendo esses dados fundamentais para demonstrar a existência de melhorias, promover a motivação na adoção de boas práticas e, modificar continuamente comportamentos individuais e institucionais (OMS, 2009). Deste modo, foi proposta a avaliação do impacto do projeto pela equipa de enfermagem da ERPI X, 6 meses após a implementação do projeto, através da aplicação do questionário utilizado inicialmente, como proposto pelo guia da estratégia multimodal (OMS, 2009). Esta avaliação de acompanhamento, permitirá analisar a necessidade de intervenções adicionais, de forma a modificar comportamentos que se traduzam na diminuição das IACS. Todavia, o ideal seria o acompanhamento mensal dos comportamentos das AAD durante pelo menos 1 ano, antes e após a implementação da estratégia de melhoria de HM (OMS, 2009).

A estratégia multimodal propõe também, como um indicador de avaliação da adesão à HM e do impacto da intervenção educativa, a análise mensal ou a cada 3/4 meses do consumo de SABA, de forma a obter dados do consumo anual, os quais traduzem informações relativas à HM (OMS, 2009). Esta proposta, vai ao encontro das recomendações da DGS (2019), uma vez que na norma da HM, é exposto como um indicador de avaliação da HM, a avaliação do consumo de SABA nas instituições. Uma vez que me foi transmitido, pelo enfermeiro coordenador, que após o período crítico da pandemia, se verificou um decréscimo no consumo de solução antisséptica por parte das AAD e, relacionado ou não, a

incidência de IACS aumentou em 2022, foi proposta a monitorização anual do consumo de SABA.

A avaliação posterior, permitirá avaliar o impacto do projeto e, analisar a existência de modificações nos comportamentos das AAD e no problema de saúde identificado, permitindo a comparação dos obtidos na avaliação inicial com os dados da avaliação final. Além deste aspeto, permitirá analisar a existência ou não de modificações na incidência de diagnósticos de IACS na ERPI X, um ano após a realização do projeto, possibilitando a análise do sucesso ou fracasso da meta e indicador de resultado ou impacto estabelecido para o projeto (o indicador de impacto deve ser comparado com os últimos dois anos), dados estes essenciais para a identificação da necessidade de intervir novamente no grupo-alvo ou reforçar positivamente a sua modificação de comportamentos.

## **2.8. Implicações do projeto para a prática clínica**

No âmbito da problemática das IACS, a HM é um indicador central da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, sendo reconhecida como a estratégia que tem correlação direta com a diminuição das IACS (OMS, 2009). Um dos principais fatores apontados pela literatura como determinante da origem das IACS é a reduzida adesão dos profissionais de saúde às PBCI e a iliteracia relacionada com a prevenção e controlo das IACS (Chow, 2020). Assim, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos, depende em grande medida da preparação da equipa, nomeadamente dos AAD, é crucial promover a melhoria dos seus conhecimentos e competências sobre prevenção e controlo das IACS, com enfoque nas boas práticas de HM, através da formação e treino contínuo (Chow, 2020).

Dadas repercussões das IACS e a sua elevada incidência, a pertinência do presente projeto de intervenção centra-se na relevância de promover a saúde e prevenir a doença, através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. De acordo com a *scoping review* desenvolvida e literatura complementar analisada, a origem das IACS é multifatorial, sendo um dos fatores de risco modificáveis, que se relaciona com os hábitos e comportamentos das AAD, a iliteracia relacionada com a prevenção e controlo das infeções. A iliteracia é um fator passível de intervenção pelo enfermeiro, através da capacitação das AAD. Para tal, é crucial que o enfermeiro compreenda os fatores que influenciam as necessidades formativas, os comportamentos e o contexto biopsicossocial em que estes decorrem, para implementar intervenções adequadas, direcionadas à resolução dos problemas de saúde identificados, nomeadamente através da capacitação dos profissionais para a prática de ações promotoras da saúde (Cardoso et al., 2021).

A identificação dos principais problemas relacionados com o déficit de conhecimento e da percepção das AAD sobre o tema em análise, permitiu identificar dificuldades, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções direcionadas às suas reais necessidades, apoiando-as e capacitando-as para a prestação de cuidados mais efetivos e seguros. Só através da identificação das necessidades formativas, é possível enquanto enfermeiros, realizar sessões educativas conducentes ao “*empowerment*” dos indivíduos, grupos e comunidades, capacitando-os para realizar uma análise crítica das suas intervenções, potenciando a sua motivação e a seleção de comportamentos e atitudes refletidas (Conde, 2022). Deste modo, ao capacitar as AAD, contribui-se para prevenção das infeções, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos residentes em ERPI assim como, para a diminuição dos custos e consequências individuais e coletivas inerentes à problemática das infeções, como referido.

Além destas implicações, uma vez que a maioria dos residentes em ERPI são idosos, é essencial segundo o MPSNP, desenvolver ações que promovam o envelhecimento saudável, a conservação da sua capacidade funcional, independência, autonomia e, consequentemente a sua qualidade de vida.

Face ao exposto, a realização deste projeto de intervenção, além de essencial, vai ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em ECSP, no qual a sua ação tem demonstrado cada vez mais destaque e importância, como observado na resposta *major* exercida durante a pandemia covid-19. Assim, com este projeto contribui-se para a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos residentes em ERPI, através da melhoria da formação profissional das AAD. Foi fomentado o trabalho em parceria, o envolvimento de diferentes peritos na área, de forma a garantir a continuidade do projeto e a replicação do mesmo a outros contextos de cuidados de saúde. Ao dar resposta a um problema de saúde identificado numa ERPI da área geodemográfica da USP FG, contribui-se em última instância para a aquisição de ganhos em saúde, através do incremento à proteção e melhoria do estado de saúde da população abrangida por esta unidade funcional.

### **3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ECSP**

O presente capítulo é dedicado à realização de uma reflexão acerca das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio final, enquanto enfermeira com competências comuns de especialista e competências específicas da área de especialidade em ECSP, de forma a obter o grau de mestre em enfermagem.

Este percurso teve como suporte o pensamento crítico-reflexivo, o referencial teórico de enfermagem e, os referenciais éticos e deontológicos que regulamentam o exercício da profissão. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019) das competências comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista é o profissional a quem foram reconhecidas competências que lhe permitem prestar cuidados especializados numa área. Quanto aos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, estes são: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Especificando as competências específicas do enfermeiro especialista em ECSP: “*a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354).

De forma a adquirir e desenvolver as competências exigíveis ao enfermeiro especialista e competências específicas da área de especialidade em ECSP, foram realizadas diferentes intervenções. Assim, em conformidade com os procedimentos e normas éticas, legais e deontológicas, foram desenvolvidos dois pedidos de autorização para a realização e implementação do projeto um endereçado ao diretor do ACES LN (Apêndice XV) e outro à direção da ERPI X (Apêndice XVI). Além destes, foi desenvolvido um pedido para utilizar e aplicar o questionário de recolha de informação (Apêndice XVII) e, foi desenvolvido um termo de consentimento livre e esclarecido para recolher informação às AAD (Apêndice XVIII), sendo garantido o anonimato, a confidencialidade, o sigilo e o respeito pelos direitos dos parceiros e pelo grupo-alvo.

Relativamente ao estágio, a integração na unidade funcional e equipa multidisciplinar ocorreu de forma adequada, foi adotada uma postura e comportamento assertivo, proporcionado um ambiente seguro e, garantido o respeito por todos os profissionais com os quais foi estabelecido contacto, demonstrando responsabilidade profissional. Quanto ao projeto de intervenção, foram seguidas todas as etapas da metodologia do planeamento da saúde, respeitando os pressupostos estabelecidos pelos referenciais de suporte, avaliando o estado de saúde da população e, mediante as necessidades identificadas, contribuiu-se para a capacitação das AAD da ERPI X, relativamente à prevenção das IACS. Para tal, recorreu-se à análise e interpretação de diferentes documentos da USP FG (PLS, plano de ação, dados epidemiológicos) e analisaram-se documentos oficiais (planos, programas, projetos) relacionados com a área do controlo da infeção. A análise destes documentos permitiu identificar o problema de saúde e, face às necessidades, selecionar estratégias de intervenção direcionadas à resolução de um problema, numa das áreas de intervenção da USP FG. Durante o tratamento e análise da informação recolhida na fase do diagnóstico de situação, adquiriram-se também competências de vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Através da realização deste projeto, contribuiu-se para o processo de capacitação das AAD da ERPI X, através da realização de sessões formativas e da partilha de recursos informativos. Para tal, foram fundamentais as parcerias estabelecidas na comunidade e a articulação promovida entre a USP FG e a UCC as quais contribuíram para uma *praxis* mais direcionada ao fenómeno de intervenção pois, tendo por base a experiência dos peritos na área, foram selecionados recursos de forma mais adequada e realizadas atividades mais estruturadas. Estas parcerias revelaram-se uma estratégia crucial na aquisição de conhecimentos e competências para intervir junto da população-alvo. Em complementaridade, para atingir o sucesso com a intervenção comunitária, assumiu-se uma postura de liderança, geriu-se a informação apreendida de diferentes evidências, desenvolveram-se intervenções direcionadas à consecução dos objetivos estabelecidos pelo PNS e PNSD e, implementadas atividades constantes no PPCIRA. Além do mais, a seleção da estratégia formativa como intervenção *major* implementada no grupo-alvo, foi alinhada com o referencial teórico do MPSNP, o qual contribuiu para a identificação do diagnóstico, estabelecimento de objetivos e resultados a atingir e, implementação de intervenções direcionadas à promoção da saúde dos residentes em ERPI. Com a realização da sessão formativa foi também possível desenvolver a competência de formador.

Relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem, o Decreto-Lei nº 63/2016 (2016), explana que o grau de mestre é concebido a quem demonstre conhecimentos e capacidades sustentadas na formação obtida no 1º ciclo de estudos, que consinta e integre a base de desenvolvimentos através da investigação e, comunique as conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos com os estudos realizados. Além destes, deve ainda demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas, emitindo juízos e soluções em momentos em que a informação seja reduzida ou incompleta. Neste contexto, como já referido para enquadrar o problema de saúde identificado, foi desenvolvida uma *scoping review*, a qual permitiu a realização de um projeto tendo por base a prática baseada na evidência científica assim como, a elaboração do relatório de estágio conduziu igualmente à aquisição de autoconhecimento, espírito crítico e conclusões promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. De forma a comunicar os resultados obtidos com a evidência analisa, foi elaborado um póster científico (Apêndice XIX) o qual foi apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa e, encontra-se disponível para consulta no e-book (UCP, 2023).

Face à informação exposta, consideram-se adquiridas e desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da área de ECSP assim como, as competências de mestre em enfermagem, as quais foram descritas ao longo deste capítulo (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 428/2018, 2018; Decreto-Lei nº 63/2016, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As IACS são um problema de saúde à escala mundial e representam um dos maiores obstáculos no que se refere à segurança do doente, sendo crucial a sua prevenção, pelas instituições de saúde, as quais têm o dever de assegurar a prestação de cuidados seguros. Assim, como descrito por Stanhope e Lancaster (2011), a enfermagem comunitária cada vez mais evidência o seu esplendor e relevância, na medida em que a prestação de cuidados centrados nos indivíduos e na comunidade têm sido reconhecidos como foco de intervenção da prática de enfermagem. Neste contexto, a pandemia covid-19 promoveu o aumento da visibilidade e do reconhecimento da intervenção primordial desempenhada pelos enfermeiros, no âmbito da área de ECSP, nomeadamente no planeamento, desenvolvimento e coordenação de projetos de controlo do problema de saúde, vigilância epidemiológica dos casos e realização de práticas de melhoria contínua e de capacitação através do aumento da informação preventiva transmitida à comunidade.

Deste modo, o crescente envelhecimento populacional e das DCNT conjugado com o incremento das IACS, suscita a necessidade de intervenção não apenas de carácter resolutivo, mas também, preventivo. Embora existam distintos fatores que contribuem para a origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI, a evidência aponta que a iliteracia dos profissionais sobre as estratégias preventivas das IACS, é um dos principais determinantes modificáveis, através realização de intervenções de enfermagem assentes na prevenção primária deste fenómeno, pela capacitação das AAD.

Ao longo do presente relatório, foram apresentadas e descritas todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final, o qual foi realizado na USP FG. Deste modo, sendo uma das áreas de intervenção ao nível da proteção da saúde da população da sua área geodemográfica, a redução das IACS em ERPI através da capacitação dos cuidadores formais sobre as PBCI assim como, a promoção da segurança dos indivíduos e dos profissionais ao nível da qualidade organizacional, tornou-se fundamental realizar um projeto de intervenção comunitária no âmbito do problema de SP identificado, para dar resposta às necessidades reais de um grupo de ADD e instituição ERPI da sua área de intervenção (ACES LN, 2022).

Assim, uma vez que o objetivo primordial deste estágio se centrava na aquisição de competências específicas da especialidade de ECSP e, como mestre em enfermagem, este relatório seguiu todas as etapas da metodologia do planeamento da saúde como preconizado e, foi suportado por um referencial teórico de enfermagem, o MPSNP.

O projeto “Prevenir a infeção em estruturas residenciais: intervenção de enfermagem de saúde pública”, foi desenvolvido de forma a dar resposta às necessidades formativas identificadas no grupo de AAD e, através da sua capacitação e da melhoria dos seus conhecimentos e habilidades contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, para a promoção da saúde das pessoas alvo dos seus cuidados, para a prevenção da doença e, para a segurança dos envolvidos através do incentivo à realização de práticas seguras em ambientes seguros. O projeto desenvolvido, além de ir ao encontro de uma área de intervenção da USP FG, seguiu as orientações preconizadas pelo PNS, PPCIRA e PNSD nos quais é reforçada a necessidade de prestar cuidados seguros e de qualidade, para diminuir e controlar problemas de saúde, como é o caso das IACS.

Todo este percurso de aprendizagem, decisões, intervenções e avaliações foram suportados pela investigação, de forma a garantir a realização de uma prática assistencial em enfermagem baseada na evidência científica e, dar resposta às necessidades e problemas de saúde identificados tendo em conta o conhecimento mais atual. Durante este percurso, identifiquei como desafios a consecução do projeto nos períodos definidos em cronograma, nomeadamente na fase de diagnóstico de situação assim como, a compilação da extensa informação existente sobre o tema, de forma a redigir e transmitir os conteúdos mais pertinentes. Além deste aspeto, inicialmente foi um desafio o facto da minha experiência profissional ser exclusivamente hospitalar. Contudo, ao longo do estágio consegui transpor do contexto hospitalar os meus conhecimentos e competências desenvolvidas no contacto com a pessoa/família para a comunidade, como um sistema mais amplo de intervenção.

Face ao exposto, encaro todo este percurso como uma oportunidade de aprendizagem que embora desafiante, foi enriquecedora e contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências como mestre e especialista em ECSP assim como, aprimorou a minha resiliência e tolerância face às adversidades e permitiu o crescimento pessoal e profissional. Deste modo, pela informação referida ao longo deste relatório, consideram-se atingidos os objetivos estabelecidos para o estágio, adquiridas as competências intrínsecas à especialização em ECSP e, reunidas as condições impostas para a aquisição do grau de mestre em enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E. (2015). *Perceções e Conhecimento sobre Higiene das Mãos: Eficácia de uma Ação de Sensibilização para Enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=35521&codigo=684](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=35521&codigo=684)
- Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte. (2019). *Plano de Ação 2019-2020*.  
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3000048/Pages/default.aspx>
- Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte. (2022). *Carta de compromisso – 2022*.  
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Álvares, M. (2020). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS*.  
[https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E\\_book\\_Quantitativos%20%281%29.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E_book_Quantitativos%20%281%29.pdf)
- Alves, M. (2017). *Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na Vida diária: um estudo nos Centros de Dia e Universidade Sénior de Guimarães* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.  
[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1899/1/Maria\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1899/1/Maria_Alves.pdf)
- Amorim, L. (2022). *Conhecimento e perceção dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos em unidades do doente crítico* (Dissertação de mestrado). Instituto politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde.  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/26884>
- Anderson, E. & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 3 (10).  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266633761930006X>
- Antoniali, F., & Antoniali, L. (2016). *Usos e abusos da escala likert: estudo bibliométrico nos anais do EnANPAD de 2010 a 2015*.  
[https://www.researchgate.net/publication/328027894\\_Usos\\_e\\_abusos\\_da\\_escala\\_likert\\_estudo\\_bibliometrico\\_nos\\_anais\\_do\\_EnANPAD\\_de\\_2010\\_a\\_2015](https://www.researchgate.net/publication/328027894_Usos_e_abusos_da_escala_likert_estudo_bibliometrico_nos_anais_do_EnANPAD_de_2010_a_2015)
- 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).  
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-05767-8>

- Barreiro, I., Matos, M., Oliveira, M., Guerra, D., Fonseca, T., Abreu, M., Morais, S., & Barbosa, G. (2022). Protocolo Intra-Hospitalar para Abordagem da Doença COVID-19 no Adulto. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 35. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/18236/6668>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia básica* (2.<sup>a</sup> ed.). São Paulo, Santos: Organização Mundial de Saúde.
- Cardoso, R., Caldas, C., Brandão, M., Souza, P., & Santana, R. (2022). Modelo de promoção de envelhecimento saudável referenciado na teoria de Nola Pender. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://www.scielo.br/j/reben/a/3q4xxH7VBQhg37bRT4ZZP3y/?lang=pt>
- Chow, L. (2020). Care homes and COVID-19 in Hong Kong: how the lessons from SARS were used to good effect. *Age and Ageing*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035300/>
- Conchinha, L. (2019). *A pessoa idosa com infeção respiratória sujeita a isolamento de contacto/ gotícula: Intervenções de enfermagem para promoção do cuidado de Si* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32078/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20-%20LU%C3%84SA%20CONCHINHA%208%C2%BA%20MESTRADO.PDF>
- Conde, D. (2022). *Saber mais para melhor cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais* (Dissertação Mestrado). Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32863>
- Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. (2022). *Agenda 2030-Objetivos de desenvolvimento sustentável*. <https://ods.pt/>
- Constituição da República Portuguesa. Decreto de Aprovação da Constituição. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Decreto-lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE). Diário da República n.º 205/1996, série I-A de 04-09-1996 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 414/99 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Diário da República n.º 241/1999, Série I-A de 15-10-1999. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/414-1999-667139>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Diário da República n.º 176, Série I de 13-09-2016. [https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p\\_auth=0xVgXbzq](https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq)

- Despacho normativo n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). (2022). Diário da República n.º174/2022, Série II de 08-09-2022. <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. [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](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. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções: Manual de operacionalização*. [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%C3%A7%C3%A3o-do-PNCI\\_2008.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%C3%A7%C3%A3o-do-PNCI_2008.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019- Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Saúde da População em Portugal*. <https://pns.dgs.pt/files/2022/04/Cap-3-Saude-da-populacao-em-Portugal.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <http://www.tecnohospital.pt/noticias/plano-nacional-seguranca-doentes-2021-2026/>
- Duarte, M. (2018). *Capacitar para melhor cuidar* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2251?locale=en>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/core-competencies-infection-control-and-hospital-hygiene-professionals-european>

- Flores, I. (2021). *Adesão às precauções básicas do controlo da infeção: uma scoping review* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39412>
- Fortin, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fretag, R. (2017). *Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência*. *Revista de Estudos da Linguagem*, 26 (2). [https://www.researchgate.net/publication/323709304\\_Amostras\\_sociolinguisticas\\_probabilisticas\\_ou\\_por\\_conveniencia](https://www.researchgate.net/publication/323709304_Amostras_sociolinguisticas_probabilisticas_ou_por_conveniencia)
- Gallego, V., Codorniu, J., & Cabrero, G. (2021). The impact of COVID-19 on the elderly dependent population in Spain with special reference to the residential care sector. *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 26(1):159-168. DOI: 10.1590/1413-81232020261.33872020.
- Garcia, A. (2021). *A importância da percepção humana*. <https://www.rhportal.com.br/artigos-rh/a-importancia-da-percepcao-humana/>
- Gil, E. (2021). *Higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual nas assistentes operacionais - uma melhoria nos cuidados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/3802>
- Gonçalves, S. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Manual de processos-chave: estrutura residencial para idosos*. <http://www.segsocial.pt/publicacoeskw=idosos>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35\\_apoios\\_sociais\\_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estimativas de População Residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas demográficas 2020*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=530463435&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=530463435&att_display=n&att_download=y)
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 – divulgação dos resultados provisórios*. [https://apdemografia.pt/files/16\\_Censos\\_Provisorios.pdf](https://apdemografia.pt/files/16_Censos_Provisorios.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Índice de Envelhecimento*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0)
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008044&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008044&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Esperança de vida à nascença*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=577174880&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=577174880&att_display=n&att_download=y)
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Vitais*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=577730669&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=577730669&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional da Estatística. (2023). *Mortalidade, natalidade e nupcialidade*. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=593770851&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=593770851&att_display=n&att_download=y)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). *Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19*. [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/20221107\\_Monitorizacao\\_COVID-19.pdf](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/20221107_Monitorizacao_COVID-19.pdf)
- Inzitari, E., Risco, M., Cesari, B., Buurman, L., Bennett, J., Varela, K., & Kuluski, J. (2020). Nursing homes and long term care after covid-19: A new era?. *The journal of nutrition, health & aging*, 24, 1042–1046. DOI <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>.
- Joanna Briggs Institute. (2021). *JBI manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Junior, A. (2017). *Estudo sobre o grau de satisfação dos usuários do serviço*. <https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/4794>

- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde – poder e empoderamento*. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto Diário da República n.º 169, Série I de 04-09-2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei n.º 7/2009 da Assembleia da República: Código do Trabalho. (2009). Diário da República n.º 30/2009, Série I de 12-02-2009. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, IV (19)*. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241009/html/>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). *Carta Social- Rede de serviços e equipamentos: Relatório 2019*. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2019.pdf/6bb19f6c-dd1b-40a3-8a13-d03b8852018e>
- Monte, L. (2020). *Escala likert difusa: um estudo sobre diferentes abordagens* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/65678>
- Nações Unidas. (2021). *Centro Regional de Informação para a Europa - Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nogueira, L., Morimoto, J., Tanaka, J. & Bazanelli, A. (2016). Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *Journal Health Sciences*, 18(3). <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3119>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Guia de implementação: Um guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos*. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/45849/2.5.1.pdf/0ab493d1-d864-070e-1ec3-adee857cc3ec?t=1650148037634>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf).

- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *OMS pede melhor higienização das mãos e outras práticas de controle de infeções*. <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2021-oms-pede-melhor-higienizacao-das-maos-e-outras-praticas-controle-infeccoes>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Invisible numbers- The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/invisible-numbers>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório global sobre prevenção e controle de infeções: Sumário executivo*. <https://www.paho.org/pt/noticias/6-5-2022-oms-lanca-primeiro-relatorio-mundial-sobre-prevencao-e-controle-infeccoes>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>
- Orientação n.º 001/2019. *Autorização transitória para o exercício de Enfermagem do Trabalho*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14868/orienta%C3%A7%C3%A3o-01\\_2019\\_autoriza%C3%A7%C3%A3o-transit%C3%B3ria-para-o-exerc%C3%ADcio-de-enfermagem-do-trabalho.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14868/orienta%C3%A7%C3%A3o-01_2019_autoriza%C3%A7%C3%A3o-transit%C3%B3ria-para-o-exerc%C3%ADcio-de-enfermagem-do-trabalho.pdf)
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8.ª ed.). Boston: Pearson.
- Pimentel, M., Pereira, F., & Teixeira, C. (2021). Impacto da covid-19 em idosos institucionalizados em estruturas residenciais para pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista de Psicologia, 1*. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2129/1721>
- Pina, E., Ferreira, E., & Uva, M. (2019). *Avaliação e gestão do risco em organizações de saúde: Infeções associadas aos cuidados de saúde*. <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-10.pdf>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (1.ª ed.). Brasília: LEIASS
- PORDATA. (2021). *Número de indivíduos em idade ativa por idoso*. <https://www.pordata.pt/municipios/numero+de+indivíduos+em+idade+ativa+por+idoso-462>

- Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social: Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. (2012). Diário da República n.º 58, Série I de 21-03-2012. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>
- Portela, V., & Cebola, M. (2021). Prognóstico da covid-19 em idosos institucionalizados e com desnutrição, fragilidade e sarcopenia: revisão de escopo. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 24. [https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/05/12\\_ARTIGO-REVISAO.pdf](https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/05/12_ARTIGO-REVISAO.pdf)
- Puto, G., Wójkowska, J., Wałaszek, M., Repka, I., & Róžańska, I. (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). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870181/>
- Rebelo, M. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: o desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30422/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20Monica%20Rebelo%202020de%20Dezembro.pdf>
- Regulamento n.º 140//2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 140/2019, Série II de 06-02-2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de ECSP e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16-07-2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2014). *ERPI*. <http://www.scml.ipav.pt/pt-pt/centro-social-e-paroquial-sao-vicente-de-paulo>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord,) (2.ª ed.). LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Carteira de Serviços: Unidade de Saúde Pública Francisco George-ACeS Lisboa Norte*. <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30028/3000048/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carteira%20de%20Servi%C3%A7os%20USP.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *USP Lisboa Norte*. <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30028/3000048/Pages/default.aspx>

- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3000048/Pages/default.aspx>
- Sloane, D., Zimmerman, S. Nace, D. (2020). Progresso e desafios na gestão das infeções num lar de idoso. *Journal of the American Medical Directors Association* 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.025>.
- Sluggett, J., Samanta, L., Hosking, S., Ritchie, B., McLoughlin, J., Shortt, T., ..., & Bell, S. (2020). Root Cause Analysis to Identify Medication and Non-Medication Strategies to Prevent Infection-Related Hospitalizations from Australian Residential Aged Care Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246482/>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7.ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação n.º 2.
- Teixeira, V., & Marques, R. (2014). Enfermeiros e saúde pública em Belo Horizonte: combatendo doenças e educando para a saúde (1897-1933). *Educar em Revista*, 54. <https://www.scielo.br/j/er/a/ZtWGqzPhPp7DpN4RSPPMbvvn/?format=pdf&lang=pt>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta
- Universidade Católica Portuguesa. (2022). *Guia da Unidade Curricular: Estágio final e relatório*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Universidade Católica Portuguesa. (2023). *Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Valim, D., Rocha, S., Souza, M., Cruza, A., Bezerra, B., & Baggio, E. (2019). Efficacy of the multimodal strategy for Hand Hygiene compliance: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2). <https://www.scielo.br/j/reben/a/NdTNKqCvWNJxNnr5sxWB85p/?format=pdf&lang=pt>



## **ANEXOS**

**ANEXO I-** Instrumento de recolha da informação (original)



## "Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde"

**População alvo:** Profissionais de Saúde

**Âmbito da aplicação - Após** da implementação da Campanha da Higiene das Mãos

O preenchimento deste questionário demora cerca de 10 minutos. As suas respostas são anónimas e permanecerão confidenciais

### Glossário Breve:

- ▶ **Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA):** preparação de base alcoólica (líquida ou gel) desenvolvida para aplicar nas mãos com o objectivo de reduzir a flora microbiana das mãos.
- ▶ **Fricção anti-séptica das mãos:** aplicação de um anti-séptico de base alcoólica por fricção das mãos, a fim de reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos (a sua utilização não necessita de água nem toalhetes).
- ▶ **Lavagem das mãos:** higiene das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano)
- ▶ **IACS:** Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

1. Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Hospital \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

3. Administração Regional de Saúde \_\_\_\_\_

4. Cidade \_\_\_\_\_

5. Caracterização da Unidade de Saúde:

5.1. Hospital

5.1.1. Público  Privado

5.1.1.1. Se Público: Civil  Militar

5.1.2. Geral  Especializado  Universitário

5.2. Unidade de Cuidados Continuados

5.3. Outra  \_\_\_\_\_

6. Caracterização do Serviço/Departamento onde exerce funções:

Medicina/Especialidades Médicas  Cirurgia/Especialidade Cirúrgica  Bloco Operatório

Unidade de Cuidados Intensivos  Urgência/Emergência  Obstetrícia/Ginecologia  Pediatria

Neonatologia  Reabilitação  Imagiologia  Hospital de dia /Ambulatório  Outra área

7. Caracterização do Profissional

7.3 Género: Feminino  Masculino

7.4 Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7.5 Profissão

Médico  Enfermeiro  Auxiliar de Acção Médica  Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Dietista  Assistente Social  Outros técnicos  Estudante (se for estudante assinale por favor também a categoria profissional onde está inserido)

**Parte I: Percepção relativamente às práticas de higiene das mãos na sua Instituição**

Leia as perguntas atentamente antes de responder. Por favor, marque um "x" na selecção da resposta e na escala de acordo com a sua opinião.

8. Recebeu formação sobre higiene das mãos?

Sim  Não

9. Está disponível, na sua Instituição a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para higiene das mãos ?

Sim  Não

10. Qual é, no seu entender, a percentagem de doentes internados que desenvolvem uma IACS? \_\_\_\_\_ %

11. Na sua opinião, qual é o impacto de uma infecção associada a cuidados de saúde no prognóstico do doente?

Muito baixo         Muito elevado

12. Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde?

Muito baixo         Muito elevado

13. Na sua opinião, qual o grau de prioridade dado à higiene das mãos pelo Órgão de Gestão, relativamente a outras áreas na sua Unidade de Saúde?

Muito baixo         Muito elevado

14. Na sua opinião, qual a percentagem de adesão dos profissionais do seu hospital à higiene das mãos (escala entre 0 e 100%)? \_\_\_\_\_ %

15. Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes acções para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu hospital?

a. Os Gestores na sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

b. A instituição de saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.

Ineficaz         Muito eficaz

c. A colocação de cartazes sobre higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados, que funcionem como "lembretes"

Ineficaz         Muito eficaz

d. O profissional de saúde recebe formação e treino sobre higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

e. O profissional de saúde recebeu instruções claras e simples sobre a higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

f. O profissional de Saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

g. O seu correcto desempenho na higiene das mãos como referência para o desempenho dos colegas.

Ineficaz         Muito eficaz

h. Os doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos

Ineficaz         Muito eficaz

16. Que importância é atribuída pelo do **seu Chefe** ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

17. Que importância é atribuída pelos **seus colegas** ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

18. Que importância é atribuída **pelos doentes** ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

19. Como avalia o esforço que despende para uma higiene das mãos adequada quando cuida de doentes?

Muito baixo         Muito elevado

20. Como avalia a sua adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização (escala entre 0 e 100%)? \_\_\_\_\_ %

21. Desde há quanto tempo utiliza SABA para higiene das mãos no seu hospital?

É a primeira vez       Há < 1 ano       Há > 1 ano e < 5 anos       Há > 5 anos

22. Acha que é difícil para si utilizar um anti-séptico de base alcoólica para higiene das mãos?  Sim  Não

**Se sim,** é por:

**Esquecimento** Sempre         Nunca

**Falta de tempo** Sempre         Nunca

**Pele lesada** Sempre         Nunca

## Parte II: Avaliação dos seus conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos

26. Qual é a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  Mãos dos profissionais
- b.  Ar
- c.  Exposição do doente a superfícies colonizadas (i.e., camas, cadeiras, mesas, chão)
- d.  Partilha de material/equipamento (i.e., estetoscópios, braçadeiras, etc.) entre doentes

27. Qual é a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  Água
- b.  Ar
- c.  Doentes
- d.  Superfícies

28. Qual o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  20 segundos
- b.  3 segundos
- c.  1 minuto
- d.  10 segundos

29. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras?

- |  |                                     |                                |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| a. A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos   | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |
| b. As mãos têm de estar secas antes da técnica                                 | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |
| c. Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica | <input type="checkbox"/> Verdadeiro | <input type="checkbox"/> Falso |

30. Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Utilização de jóias                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Lesões da pele                          | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Unhas postiças                          | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d. Aplicação regular de creme para as mãos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

31. Qual é o método de higiene das mãos aplicável nas seguintes situações?

- |   |   |                                  |                                  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| a. Antes de proceder aos registos do doente   | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| b. Antes de tocar num doente                  | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| c. À chegada ao serviço após o almoço         | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| d. Antes de administrar um injectável         | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| e. Antes de esvaziar um urinol                | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| f. Antes de abrir a porta do quarto do doente | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |

### Parte III: Percepção da Campanha de higiene das mãos

32. Esteve sempre disponível a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) nos locais de prestação de cuidados?

- Sempre  Nem sempre  Raramente  Nunca

33. Qual foi a importância de utilizar a SABA para facilitar a higiene das mãos no trabalho diário?

Nenhuma importância 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muita importância

34. Os dispensadores de SABA colocados nos locais de prestação de cuidados são fáceis de utilizar?

Muito difícil 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito Fácil

35. A utilização de SABA é bem tolerada pelas suas mãos?

Muito mal tolerado 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito bem tolerado

36. O facto de conhecer os resultados da observação da higiene das mãos na sua enfermaria ajudou-o a si e aos seus colegas a melhorar esta prática?

Nada 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito

37. Qual a importância das actividades de formação/informação em que participou para compreender o risco da transmissão cruzada através das suas mãos?

Nenhuma importância 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muita importância

38. As actividades de formação/informação em que participou foram importantes para melhorar as suas práticas de higiene das mãos?

Nada importante 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito importante

39. Qual a utilidade dos folhetos educativos distribuídos aos profissionais de saúde durante a campanha de higiene das mãos?

Nada útil 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito útil

40. Qual a utilidade dos cartazes distribuídos durante a campanha das mãos?

Nada útil 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito útil

41. Considera que os Gestores/Administradores na sua instituição apoiaram a iniciativa de melhoria da prática de higiene das mãos?

Nada 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito

42. Houve melhoria no clima de segurança na sua instituição como resultado da implementação recente da campanha de promoção da higiene das mãos?

Nenhuma melhoria 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muita melhoria

43. Caso tenha havido uma melhoria no clima de segurança na sua instituição, isso ajudou-o a melhorar a sua prática de higiene das mãos?

Nada 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito

44. A atenção para o seu papel na prevenção de infecções associadas a cuidados de saúde, bem como a melhoria da sua prática de higiene das mãos, aumentou durante a campanha?

Nada 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Muito

**A Direcção-Geral da Saúde agradece toda a sua colaboração e disponibilidade!**

**ANEXO II- Instrumento de recolha da informação (aplicado)**



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

## PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Caro Ajudante de Ação Direta, este questionário tem como propósito a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), através da identificação das necessidades formativas existentes sobre o tema e a realização de intervenções que contribuam para a melhoria dos seus conhecimentos na área em estudo.

O documento está dividido em duas partes. A primeira parte é direcionada à identificação dos seus dados sociodemográficos. A segunda parte contempla o questionário de avaliação da “Perceção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das mãos e suas Implicações na Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde”, o qual é subdividido em três dimensões de avaliação diferentes. A primeira parte do questionário, contempla a avaliação da sua perceção relativamente às práticas de higiene das mãos na sua instituição; a segunda parte destina-se à avaliação dos seus conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos; e por fim, a terceira parte, avalia a sua perceção da campanha de higiene das mãos.

Ao longo do questionário, verificará um sombreado (linha cinzenta) em algumas das questões, uma vez que se tratavam de questões direcionadas para o contexto hospitalar ou as temáticas distanciavam-se do objetivo deste estudo, tendo sido ocultadas. Nas questões que identificar a palavra “enfermaria” entenda como o local onde são prestados cuidados à pessoa em situação de dependência, na sua instituição.

É de extrema importância que as suas respostas coincidam com a realidade da instituição e com a sua perceção e conhecimentos sobre o tema em estudo, para que a análise dos dados possa traduzir com rigor os resultados encontrados.



7. Caracterização do Profissional

7.3 Género: Feminino  Masculino

7.4 Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

7.5 Profissão

Médico  Enfermeiro  Auxiliar de Acção Médica  Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Dietista  Assistente Social  Outros técnicos  Estudante (se for estudante assinale por favor também a categoria profissional onde está inserido)

**Parte I: Percepção relativamente às práticas de higiene das mãos na sua Instituição**

Leia as perguntas atentamente antes de responder. Por favor, marque um "x" na selecção da resposta e na escala de acordo com a sua opinião.

8. Recebeu formação sobre higiene das mãos?

Sim  Não

9. Está disponível, na sua instituição a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para higiene das mãos ?

Sim  Não

10. Qual é, no seu entender, a percentagem de doentes internados que desenvolvem uma IACS? \_\_\_\_\_ %

11. Na sua opinião, qual é o impacto de uma infecção associada a cuidados de saúde no prognóstico do doente?

Muito baixo         Muito elevado

12. Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde?

Muito baixo         Muito elevado

13. Na sua opinião, qual o grau de prioridade dado à higiene das mãos pelo Órgão de Gestão \_\_\_\_\_ ?

Muito baixo         Muito elevado

14

15. Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes acções para aumentar a adesão à higiene das mãos \_\_\_\_\_ ?

a. Os Gestores na sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

b. A instituição de saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.

Ineficaz         Muito eficaz

c. A colocação de cartazes sobre higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados, que funcionem como "lembretes".

Ineficaz         Muito eficaz

d. O profissional de saúde recebe formação e treino sobre higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

e. O profissional de saúde recebeu instruções claras e simples sobre a higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

f. O profissional de Saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à higiene das mãos.

Ineficaz         Muito eficaz

g. O seu correcto desempenho na higiene das mãos como referência para o desempenho dos colegas

Ineficaz         Muito eficaz

h. Os doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos

Ineficaz         Muito eficaz

16. Que importância é atribuída pelo do seu Chefe ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

17. Que importância é atribuída pelos seus colegas ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

18. Que importância é atribuída pelos doentes ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância         Muita importância

19. Como avalia o esforço que despende para uma higiene das mãos adequada quando cuida de doentes?

Muito baixo         Muito elevado

20. Como avalia a sua adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização (escala entre 0 e 100%)? \_\_\_\_\_ %

21. Desde há quanto tempo utiliza SABA para higiene das mãos \_\_\_\_\_ ?

É a primeira vez     Há < 1 ano     Há > 1 ano e < 5 anos     Há > 5 anos

22. Acha que é difícil para si utilizar um anti-séptico de base alcoólica para higiene das mãos?  Sim  Não

Se **sim**, é por:

**Esquecimento** Sempre         Nunca

**Falta de tempo** Sempre         Nunca

**Pele lesada** Sempre         Nunca

## Parte II: Avaliação dos seus conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos

26. Qual é a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  Mãos dos profissionais
- b.  Ar
- c.  Exposição do doente a superfícies colonizadas (i.e., camas, cadeiras, mesas, chão)
- d.  Partilha de material/equipamento (i.e., estetoscópios, braçadeiras, etc.) entre doentes

27. Qual é a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  Água
- b.  Ar
- c.  Doentes
- d.  Superfícies

28. Qual o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos?

(assinale apenas uma resposta)

- a.  20 segundos
- b.  3 segundos
- c.  1 minuto
- d.  10 segundos

29. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras?

- a. A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos  Verdadeiro  Falso
- b. As mãos têm de estar secas antes da técnica  Verdadeiro  Falso
- c. Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica  Verdadeiro  Falso

30. Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados?

- a. Utilização de jóias  Sim  Não
- b. Lesões da pele  Sim  Não
- c. Unhas postiças  Sim  Não
- d. Aplicação regular de creme para as mãos  Sim  Não

31. Qual é o método de higiene das mãos aplicável nas seguintes situações?

- a. Antes de proceder aos registos do doente  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma
- b. Antes de tocar num doente  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma
- c. À chegada ao serviço após o almoço  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma
- d.  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma
- e. Antes de esvaziar um urinol  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma
- f. Antes de abrir a porta do quarto do doente  Fricção com SABA  Lavagem  Nenhuma

### Parte III: Percepção da Campanha de higiene das mãos

32. Esteve sempre disponível a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) nos locais de prestação de cuidados?

Sempre  Nem sempre  Raramente  Nunca

33. Qual foi a importância de utilizar a SABA para facilitar a higiene das mãos no trabalho diário?

Nenhuma importância O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muita importância

34. Os dispensadores de SABA colocados nos locais de prestação de cuidados são fáceis de utilizar?

Muito difícil O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito Fácil

35. A utilização de SABA é bem tolerada pelas suas mãos?

Muito mal tolerado O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito bem tolerado

36. O facto de conhecer os resultados da observação da higiene das mãos na sua enfermaria ajudou-o a si e aos seus colegas a melhorar esta prática?

Nada O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito

37. Qual a importância das actividades de formação/informação em que participou para compreender o risco da transmissão cruzada através das suas mãos?

Nenhuma importância O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muita importância

38. As actividades de formação/informação em que participou foram importantes para melhorar as suas práticas de higiene das mãos?

Nada importante O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito importante

39. Qual a utilidade dos folhetos educativos distribuídos aos profissionais de saúde durante a campanha de higiene das mãos?

Nada útil O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito útil

40. Qual a utilidade dos cartazes distribuídos durante a campanha das mãos?

Nada útil O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito útil

41. Considera que os Gestores/Administradores na sua instituição apoiaram a iniciativa de melhoria da prática de higiene das mãos?

Nada O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito

42. Houve melhoria no clima de segurança na sua instituição como resultado da implementação recente da campanha de promoção da higiene das mãos?

Nenhuma melhoria O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muita melhoria

43. Caso tenha havido uma melhoria no clima de segurança na sua instituição, isso ajudou-o a melhorar a sua prática de higiene das mãos?

Nada O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito

44. A atenção para o seu papel na prevenção de infecções associadas a cuidados de saúde, bem como a melhoria da sua prática de higiene das mãos, aumentou durante a campanha?

Nada O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muito

A Direcção-Geral da Saúde agradece toda a sua colaboração e disponibilidade!

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I-** Guião de reunião utilizado na ERPI X



## **GUIÃO REUNIÃO EXPLORATÓRIA**

**Mestranda:** Enfermeira Sandra Santos, Mestranda de Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde Lisboa.

**População alvo:** Diretor Técnico da ERPI X e Enfermeiro coordenador

**Objetivo Geral da Entrevista:** Efetuar um primeiro contacto com a instituição de saúde e dirigentes, visando a auscultação das necessidades dos profissionais de saúde, sobre a temática segurança da pessoa institucionalizada e prevenção e controlo das IACS.

### **Objetivos Específicos da Reunião:**

1. Efetuar um primeiro contacto com a instituição de saúde e dirigentes, para dar a conhecer o projeto de intervenção;
2. Obter conhecimento junto dos peritos sobre a sua intervenção, população-alvo e, principais problemas e necessidades de saúde existentes na instituição;
3. Auscultar as necessidades dos profissionais, sobre a temática da segurança da pessoa institucionalizada em ERPI e IACS, visando a promoção da realização de práticas seguras em ambientes seguros e, a promoção da saúde;
4. Identificar o grupo de profissionais de saúde que beneficiaria de uma intervenção de enfermagem, no âmbito do projeto de intervenção comunitária.

**Âmbito:** Este primeiro contacto ambiciona o estabelecimento de uma relação de cooperação entre os intervenientes presentes na reunião, com o intuito de desenvolver o projeto “*Prevenir a infeção em estruturas residenciais: intervenção de enfermagem de saúde pública*”. Pretende-se ainda, definir uma categoria profissional sob a qual recairá a intervenção comunitária.

### **Guião da Reunião**

1. Quantas pessoas se encontram institucionalizadas na vossa instituição e qual é a sua idade média?

2. Quais as principais necessidades afetadas nas pessoas que se encontram institucionalizadas na vossa instituição?
3. Quais as categorias profissionais envolvidas na prestação de cuidados de saúde às pessoas institucionalizadas na vossa instituição?
4. Existe um plano de formação relacionado com a temática da segurança das pessoas institucionalizadas e prevenção e controlo das IACS na vossa instituição?
5. Consideram que é necessária a implementação de um projeto que avalie os conhecimentos dos vossos profissionais de saúde nesta área e que promova a melhoria da sua literacia na área da prevenção e controlo das IACS?
6. Têm sido solicitadas, por parte dos profissionais, formações que contribuam para o aumento da literacia sobre práticas que promovam a segurança e controlo das IACS?
7. Existe alguma área que consideram mais propícia ao desenvolvimento de práticas inseguras na prestação de cuidados?
8. Tem sido reportado algum incidente durante a prática de cuidados? Qual a origem? (iliteracia, entre outros)
9. Qual o principal grupo de profissionais de saúde que consideram que beneficiaria de uma intervenção formativa sobre a prevenção e controlo das IACS e que aceitaria participar neste projeto? Quantos profissionais existem na instituição dessa categoria profissional?
10. Qual consideram ser a estratégia mais adequada para abordar a temática das IACS, na vossa instituição? (sessões de educação para a saúde, entre outros)

**APÊNDICE II- Análise e interpretação dos dados obtidos com a aplicação do questionário**



## Questionário:

“Perceção e Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre a HM e suas implicações na IACS”

Apresentação dos resultados onde não foram identificados problemas de saúde na população-alvo.

- **Primeira parte do questionário: Perceção relativamente às práticas de HM na Instituição**

Relativamente à utilização de SABA, 35 (97,2%) participantes confirmam a sua disponibilidade na instituição e, uma pessoa (2,8%), referiu não existir. Pela maioria das respostas e pela observação de alguns dos espaços físicos da instituição, é possível confirmar a existência de SABA. Quanto ao grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão, a média das respostas das 35 (97,2%) participantes é de 5,56, o que permite aferir que na perceção das AAD a prioridade dada a esta intervenção pelos gestores da instituição é elevada.

Quanto à questão que analisa a eficácia de distintas ações no aumento da adesão à HM, foi possível concluir que nas diferentes alíneas que compõem a questão: 30 (97,2%) participantes assumem a disponibilização de SABA; 26 (72,2%) participantes referem o facto de os gestores apoiarem e promoverem a HM; 21 (58,3%) pessoas mencionam que a colocação de cartazes sobre HM no local de prestação de cuidados, funciona como “lembretes”; 18 (50%) participantes identificam a importância de receber instruções claras e simples sobre a HM; 16 (42,9%) pessoas consideram o desempenho correto da HM como uma referência para o desempenho dos colegas; 15 (41,7%) participantes evidenciam a importância de receber informação sobre a sua adesão à HM; 12 (33,3%) participantes consideram importante receber regularmente informação e treino sobre HM. A medida que é classificada como menos eficaz é: os doentes serem convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a HM, de acordo com 8 (22,9%) inquiridos.

Relativamente à questão que se refere à importância atribuída ao correto desempenho da HM, através da análise do quadro 1 observa-se que a maioria das participantes ( $n=19/ 52,7\%$ ) consideram que o seu chefe atribui muita importância; 19 (52,7%) participantes consideram que a importância atribuída pelos colegas corresponde a elevado ou muito elevado; 20 (55,5%) dos participantes consideram que os doentes também valorizam de forma elevada ou muito elevada o seu desempenho da HM. Pela análise da média da classificação obtida, é possível verificar que nas 3 respostas, a mesma foi superior a  $\bar{X} > 5$ , o que permite aferir que o desempenho da HM é bastante valorizado.

**Quadro 1-** Grau de importância atribuído ao correto desempenho da HM

Desempenho na HM			
	Chefe	Colegas	Doentes
Grau de Importância	n (%)	n (%)	n (%)
Nenhuma	1 (2,8)	1 (2,8)	3 (8,3)
Pouca	0 (0,0)	1 (2,8)	2 (5,6)
Moderada	1 (2,8)	2 (5,6)	2 (5,6)
Neutro	5 (13,9)	3 (8,3)	4 (11,1)
Bastante	3 (8,3)	9 (25)	4 (11,1)
Elevada	6 (16,7)	6 (16,6)	9 (25)
Muito Elevada	19 (52,7)	13 (36,1)	11 (30,5)
Sem resposta	1 (2,8)	1 (2,8)	1 (2,8)
Média das respostas	$\bar{x}$ 5,94	$\bar{x}$ 5,51	$\bar{x}$ 5,14
Total	36 (100,0)	36 (100,0)	36 (100,0)

No que se refere à percentagem da adesão à HM, as AAD consideram que a sua adesão média ronda os 81,5%. Através da observação do gráfico 1, é possível observar a perceção individual das 31 (81,1%) participantes que responderam à questão, sendo que 5 participantes não responderam (13,9%).

**Gráfico 1-** Adesão à HM perante as oportunidades de higienização



De acordo com os dados recolhidos, foi possível concluir que 16 (44,1%) participantes utilizam SABA há mais de 5 anos, 16 (44,1%) participantes utilizam há mais de um ano e menos de 5 anos e, 4 (11,8) participantes há menos de um ano. Nenhuma pessoa dos 34 (94,4%) inquiridos mencionaram ser a primeira vez e, 2 (5,6%) pessoas não responderam à questão (Figura 1). Pela maioria das respostas obtidas, é possível concluir que as AAD utilizam durante a prestação de cuidados de saúde SABA, o que reflete um comportamento positivo na prevenção das IACS.

**Figura 1-** Perspetiva temporal da utilização de SABA pelas AAD



Foi possível observar que a maioria das AAD (n=23 participantes/63,9%), refere não sentir dificuldades na utilização de SABA para a HM. Contudo, cerca de 10 (27,8%) pessoas, mencionaram sentir dificuldade, sendo as principais causas atribuídas a falta de tempo que para 5 (50%) pessoas ocorre sempre ou quase sempre, seguido do esquecimento 3 (30%) pessoas e a pele lesada, com 2 (20%) respostas em sempre ou quase sempre. Cerca de 3 (8,3%) pessoas não responderam à questão.

Relativamente à questão que se direciona à identificação das técnicas corretas de HM com SABA, a quase totalidade das participantes (32 pessoas/89,9%) responderam que a fricção deve abranger toda a superfície das mãos; 20 (55,6%) participantes referiram que as mãos têm que estar secas antes da técnica; 22 (61,1%) pessoas responderam que é errado secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção antisséptica. Nesta questão, nas 3 alíneas apresentadas, a maioria das participantes responderam corretamente às opções de resposta, como demonstrado nas percentagens.

- **Terceira parte do questionário: Perceção das AAD relativamente às campanhas de HM na instituição**

Relativamente à disponibilidade de SABA nos locais de prestação de cuidados, verificou-se que 32 (88,9%) das inquiridas respondeu que se encontrava “sempre” disponível e 4 (11,1%) das AAD selecionaram a opção “nem sempre”. Assim como, das 35 respostas obtidas, 22 (62,9%) participantes afirmam que os dispensadores SABA são muito fáceis de utilizar, o que dá uma classificação média de respostas de  $\bar{x}= 6,40$ , a qual corresponde à menção qualitativa de “fácil” utilização. Quanto à importância da utilização de SABA para facilitar a HM no trabalho diário, a maioria das AAD (25/71,4%), afirmam que é muito importante, sendo a média global das classificações obtidas de  $\bar{x}= 6,49$ , concluindo-se que a generalidade das profissionais consideram importante a utilização de SABA na sua prática de cuidados. Relativamente à tolerância da utilização de SABA nas mãos, 21 (58,3%) das AAD evidenciaram que a utilização do antisséptico é “muito bem tolerada” ou “bem tolerada” pelas suas mãos. A classificação média das respostas obtidas correspondeu a  $\bar{x}=5,51$ , o que permite concluir que na globalidade a utilização de SABA é bem tolerada pelas AAD.

No que concerne, à importância das atividades de formação em que as AAD participaram, para compreender o risco da transmissão cruzada da infeção através das mãos, a média das classificações obtidas foi de  $\bar{x}=5,23$ . Face a este resultado e interpretando as respostas obtidas, conclui-se que a maioria das AAD (22 respostas/61,1%) consideram que as atividades formativas contribuem para a melhoria dos seus conhecimentos sobre as a transmissão das IACS. Todavia, verifica-se que 14 (38,9%) das inquiridas consideram que a formação tem moderada a pouca importância. Tal facto pode estar relacionado com a existência de 8 pessoas que referiram não ter realizado formação sobre HM, uma vez que a sua entrada na instituição ocorreu há menos de 1 ano.

Além destes dados, 20 (57,1%) das participantes afirmaram que as formações realizadas contribuíram para a melhoria da sua prática de HM e, a maioria das participantes (22 respostas/ 62,9%) consideram que o conhecimento dos resultados obtidos com a observação da HM, contribui para uma melhor prática do procedimento. A média das classificações nestas 2 questões foi  $\bar{X}=5,25$ . Nestas questões verifica-se também, que 8 (22,8%) das inquiridas em cada pergunta, afirmam que a sua prática de HM não modificou com a formação realizada em serviço assim como, o resultado da observação da HM teve entre moderada a nenhuma importância.

Verificou-se que 60% (21 AAD), consideraram que a distribuição de folhetos educativos aos profissionais de saúde durante a campanha de HM foi “muito útil”. Assim como, os cartazes distribuídos durante a campanha são considerados como “úteis” ou muito úteis” para 23 (65,7%) AAD. A média das classificações obtidas nestas 2 questões foi de  $\bar{X}=5,64$ , verificando-se que o recurso a folhetos e cartazes relacionados com a temática da HM, são considerados úteis na melhoria da prática e dos conhecimentos. Quanto à questão que analisa se os gestores da instituição apoiam a iniciativa de melhoria da prática de HM, a média das classificações obtidas foi de  $\bar{X}=6,47$ , concluindo-se que as AAD consideram que os seus dirigentes apoiam muito essa intervenção.

Para 20 (58,7%) AAD, houve melhoria do clima de segurança da instituição com a implementação das campanhas recentes de HM e, 21 (62%) participantes consideram que essa melhoria, contribuiu para uma melhor prática de HM. Além destes dados, 68% (n=23) das AAD, consideram que a atenção para o impacto da sua intervenção na prevenção das IACS e a prática de HM, aumentou muito durante as campanhas recentes de HM. A média das classificações obtidas nas 3 últimas questões é de  $\bar{X}=6,10$ , concluindo-se que existiu na globalidade das questões, melhoria do clima de segurança e da prática da HM assim como, a campanha de HM aumentou a atenção sobre o papel assumido na prevenção das IACS e na melhoria da prática de HM. Relativamente a estas 3 questões, foi possível aferir que as AAD destacam a importância das intervenções formativas realizadas na instituição, durante a pandemia covid-19, na melhoria da segurança, dos conhecimentos e das práticas realizadas.

**APÊNDICE III- Plano operacional da sessão formativa**

## **Plano da Sessão Formativa**

**Tema:** “STOP à infecção, na sua instituição!”

**Data:** 11/01/2023 e 18/01/2023

**Hora:** 14:30

**Local da Apresentação:** Sala de formações/reuniões

**Duração:** 35 minutos

**Participantes:** Ajudantes de Ação Direta da ERPI X

**Formadora:** Enfermeira Sandra Santos - Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

### **Divulgação da sessão formativa:**

- Desenvolvido cartaz de divulgação da sessão formativa para afixar na instituição;
- Pedido de colaboração do enfermeiro responsável para relembrar as AAD da data e hora da sessão formativa.

### **Objetivo Geral:**

- Contribuir para a diminuição das infeções na ERPI X, através da capacitação do grupo de Ajudantes de Ação Direta.

### **Objetivos Específicos:**

- Que no final da sessão formativa:
  - 75% das participantes sejam capazes de identificar que a percentagem de pessoas que residem em instituições de saúde com IACS é alta;
  - 50% das participantes sejam capazes de identificar que as IACS têm um impacto negativo no prognóstico de saúde dos residentes em instituições de saúde;
  - 75% das participantes sejam capazes de identificar que a HM dos profissionais de saúde é a principal medida que contribui para a prevenção das IACS;
  - 75% das participantes sejam capazes de identificar que as mãos dos profissionais de saúde são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre residentes numa instituição de cuidados de saúde;
  - 75% das participantes sejam capazes de reconhecer que os residentes nas instituições de saúde são uma fonte responsável pela transmissão cruzada de infeções;

- 50% das participantes sejam capazes de identificar que a utilização de adornos e joalharia contribui para o aumento da transmissão cruzada de IACS;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar a fricção antisséptica das mãos com SABA para ser eficaz deve ter um tempo de 20 a 30 segundos;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar que quando as mãos estão visivelmente sujas, é necessário realizar a lavagem das mesmas com água e sabão;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar que o método de HM, antes de entrar em contacto com o residente, se as mãos estiverem visivelmente limpas, é a fricção com SABA.

Conteúdo		Métodos Pedagógicos	Tempo	Observações
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora	Método	10'	- Apresentação de um filme sobre os conteúdos a abordar na sessão formativa;
	Apresentação do tema	Expositivo ( <i>Datashow</i> e Computador)		
	Exercício quebra-gelo			
	Apresentação do vídeo	Método Interrogativo		
	Exercício quebra-gelo/síntese do vídeo	Método Demonstrativo		
	Apresentação dos conteúdos a abordar	(Filme)		

<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de conceitos;</li> <li>• IACS em números;</li> <li>• Consequências das IACS;</li> <li>• Transmissão das IACS;</li> <li>• Prevenção das IACS;</li> <li>• Higiene das Mãos.</li> </ul>	<p>Método Expositivo (Datashow e Computador)</p> <p>Método Ativo (Exercício final)</p>	15'	- Exercício prático sobre uma técnica de higienização das mãos e utilização de luz fluorescente
<b>Conclusão</b>	Consolidação das ideias- chave	Método Expositivo	5'	
	Esclarecimento de dúvidas	Método Interrogativo		
<b>Avaliação</b>	Avaliação de conhecimentos	Método Interrogativo	5'	- Ficha de avaliação de conhecimentos; - Questionário de satisfação da sessão formativa.
	Avaliação da satisfação das participantes			

## **APÊNDICE IV- Sessão formativa**



Projeto: Prevenção de infeção em estruturas residenciais: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública


STOP À INFEÇÃO  
NA SUA INSTITUIÇÃO!


Sónia Santos, Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.  
 Rita Pêlo, Mestr. e Especialista em Enfermagem Comunitária - Enfermeira na Unidade de Saúde Pública Primeiro Degraço do Agrupamento de Centros de Saúde João Nuno.  
 Elsa Garcia, Professora Doutora do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Número de 0117

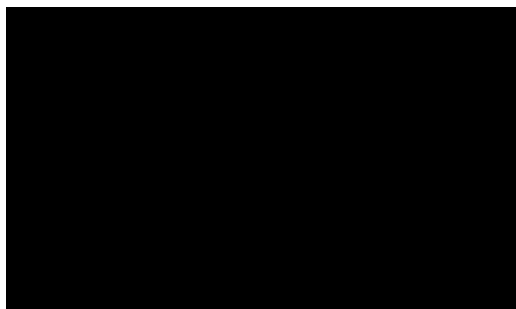
## STOP À INFEÇÃO, NA SUA INSTITUIÇÃO!

- Quando ouve e lê a palavra infeção, qual é a primeira ideia que lhe vem à cabeça?



Imagem disponível em: <https://www.shutterstock.com/pt/stock-photo/2022/04/01/1688888888> e <https://www.shutterstock.com/pt/stock-photo/2022/04/01/1688888888>

## STOP À INFEÇÃO, NA SUA INSTITUIÇÃO!



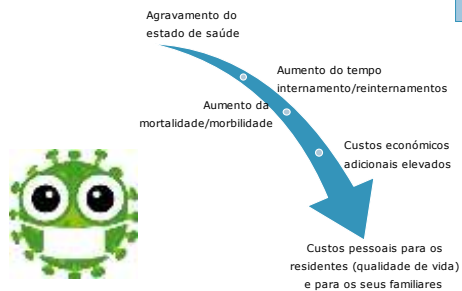
Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bhngYKxQAE>

Autoria: Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida (ADVITA)



## CONSEQUÊNCIAS DAS IACS

Mais de metade das IACS, podem ser prevenidas!



## TRANSMISSÃO DAS IACS

### • Vias de Transmissão



## PREVENÇÃO DAS IACS

Quebra da cadeia de transmissão das IACS



PBCI<sup>11,12</sup>

• A higiene das mãos é considerada a medida mais importante para a redução da transmissão de infeções durante a prestação de cuidados



## HIGIENE DAS MÃOS

### Recomendações<sup>13</sup>

- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas da farda para cima;
- Higienizar as mãos de residente para residente;
- Não usar unhas de gel, postiças e vernizes → Usar unhas naturais, curtas e mantê-las limpas;
- Remover a joalheria (incluindo o relógio e pulseiras) e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;
- Devem ser exclusivamente utilizados toalhete de papel ou toalhas de pano;

## HIGIENE DAS MÃOS

### Recomendações<sup>13</sup>



Secar bem as mãos

Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho

Não usar de forma simultânea ou sequencial, uma solução antisséptica aquosa ou sabão antimicrobiano, seguido de SABA

Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno

Os cortes nas mãos devem estar cobertos com penso impermeável

Imagem disponível em: <https://imgent.com.br/higienedasmãos/>

## HIGIENE DAS MÃOS

### Quando higienizar as mãos? <sup>13</sup>

Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos;

Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;

Antes da colocação de luvas;

Antes e depois das refeições;



Imediatamente após a remoção de luvas;

Após utilização das instalações sanitárias.



Imagem disponível em: <https://www.1000logos.com.br/imagens/icone-aviso/>



### OS SEUS MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS



<b>1</b>	<b>ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE</b>	<b>QUANDO:</b> Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. <b>PORQUÊ:</b> Para proteger o doente de microorganismos que transportamos nas mãos.
<b>2</b>	<b>ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASEPTICOS</b>	<b>QUANDO:</b> Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. <b>PORQUÊ:</b> Para proteger o doente de microorganismos que transportamos nas mãos e nos da sua própria flora.
<b>3</b>	<b>APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS ORGÂNICOS</b>	<b>QUANDO:</b> Após qualquer procedimento que realice potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. <b>PORQUÊ:</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.
<b>4</b>	<b>APÓS CONTACTO COM O DOENTE</b>	<b>QUANDO:</b> Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvido do mesmo. <b>PORQUÊ:</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.

Imagem disponível em: <https://www.1000logos.com.br/imagens/icone-aviso/>

## HIGIENE DAS MÃOS

• Como higienizar as mãos? <sup>13</sup>

Técnicas de higiene das mãos:

### Lavagem das mãos com água e sabão

- Lave as mãos com água e sabão, quando estiverem visivelmente sujas!



### Fricção antisséptica das mãos

- Higienize as mãos, friccionando-as com Solução antisséptica de base alcoólica (SABA) → Mãos sem presença de sujidade visível!



## HIGIENE DAS MÃOS

Técnicas de higiene das mãos:

- Lavagem das mãos com água e sabão



## HIGIENE DAS MÃOS

Técnicas de higiene das mãos:

- Fricção antisséptica das mãos com SABA



## HIGIENE DAS MÃOS

- Exercício prático- Colaboração Voluntária

### Fricção antisséptica das mãos com SABA:

- Ex: 1 pessoa higieniza as mãos seguindo todos os passos do cartaz da DGS;
- Ex: 1 pessoa higieniza as mãos sem seguir o cartaz da DGS.



Utilização da luz ultravioleta para demonstrar se as mãos ficaram bem higienizadas após fricção com SABA, nas participantes que se voluntariaram.



## HIGIENE DAS MÃOS

- Os locais das mãos que frequentemente estão mais contaminados e onde os cuidados com a desinfecção devem ser maiores, são os seguintes



## QUESTÕES



**APÊNDICE V- Folheto informativo**



## Cumprimento dos momentos de higiene das mãos



## TÉCNICAS DE HIGIENE DAS MÃOS

### LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



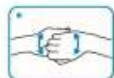
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalha descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

## FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



As palmas das mãos com dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

**"Não há residentes de risco, mas sim, procedimentos de risco!"**



**PREVINA A INFEÇÃO!**

**HIGIENIZE AS SUAS MÃOS!**

### Autor:

• **Sandra Santos**, enfermeira/mestranda em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

### Orientadoras:

• **Rita Mota**, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, Enfermeira na Unidade de Saúde Pública Francisco George, do ACES Lisboa Norte.

• **Elisa Garcia**, Professora Doutora do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.



# STOP À INFEÇÃO,

## NA SUA

# INSTITUIÇÃO!



### Projeto

Prevenção da infeção em Estruturas

Residenciais

Intervenção de Enfermagem de Saúde

Pública

Janeiro, 2023

## O QUE É UMA INFEÇÃO



Uma infecção no corpo ocorre quando os microrganismos (bactérias, fungos, vírus ou parasitas) dão entrada humano, multiplicam-se, provocam uma infecção e causam doenças.



## INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS):



As **IACS** consistem numa infecção adquirida pela pessoa institucionalizada no contexto da prestação de cuidados de saúde, num ambiente hospitalar ou outra entidade de saúde.

**Podem também, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.**



As **IACS** são um problema com importância crescente à escala mundial.

## CONSEQUÊNCIAS DAS IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Aumento da mortalidade;
- Aumento do número de doenças;
- Aumento do tempo de internamento e reinternamentos;
- Custos económicos elevados;
- Custos pessoais para os residentes e familiares.

## TRANSMISSÃO DAS IACS

As mãos contaminadas são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre residentes numa unidade de prestação de cuidados de saúde.



## PREVENÇÃO DAS IACS

### Higiene das Mãos



**Vantagem:** A higiene das mãos é considerada a medida mais importante para a redução da transmissão de infeções durante a prestação de cuidados.

## RECOMENDAÇÕES:



- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas da farda para cima;
- Higienizar as mãos de residente para residente;
- **Não usar unhas de gel, postiças e vernizes (usar unhas naturais, curtas e limpas);**
- **Remover a joalheria e adornos e antes de iniciar o turno de trabalho;**
- **Friccionar as mãos respeitando a técnica, o tempo de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;**
- **Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno;**
- **Os cortes nas mãos devem ser cobertos com penso impermeável;**
- **Ter atenção especial aos espaços interdigitais, dedos polegar e punho.**

## QUANDO HIGIENIZAR AS MÃOS:



- Quando as mãos estão **visivelmente sujas** (exemplo: com sangue, urina, entre outros);
- **Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;**
- **Antes da colocação de luvas e após a sua remoção;**
- **Antes e depois das refeições;**
- **Após utilização** das instalações sanitárias.

**APÊNDICE VI- Manual de integração das AAD à estrutura residencial**

Projeto: "Prevenção da infecção em estruturas residenciais: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública"

# PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE



Imagem disponível em: <https://www.shutterstock.com/image-vector/germs-on-a-hand>

**Manual de Integração das Ajudantes  
de Ação Direta à Estrutura  
Residencial**

## **AUTORES**

**Sandra Santos**, mestranda: Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

### **Revisão Técnica e Científica:**

**Elisa Garcia**, Professora Doutora do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

**Rita Mota**, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária. Enfermeira na Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George, do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte

## **LOCAL E DATA**

Campolide, janeiro de 2023

## **ATUALIZAÇÃO**

Equipa de Enfermagem da ERPI X

## ÍNDICE

<b>Nota introdutória</b> .....	4
<b>1. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)</b> .....	5
1.1. Cadeia de transmissão das IACS .....	6
1.2. Tipos de IACS e sinais/sintomas associados .....	8
<b>2. Prevenção das IACS</b> .....	10
2.1. As PBCI são compostas por 10 itens:.....	11
2.1.1. A colocação/isolamento dos residentes:.....	12
2.1.2. Higiene das mãos.....	13
2.1.3. Etiqueta respiratória.....	20
2.1.4. Utilização adequada dos Equipamento de Proteção Individual (EPI).....	21
2.1.5. Descontaminação do material e equipamento .....	28
2.1.6. Controlo ambiental .....	30
2.1.7. Manuseamento seguro da roupa .....	33
2.1.8. Recolha segura de resíduos.....	34
2.1.9. Práticas seguras na preparação e administração de medicamentos.....	36
2.1.10. Exposição de risco no local de trabalho .....	36
<b>Nota Conclusiva</b> .....	37
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	39
<b>Figura 1 – Cadeia de transmissão das IACS</b> .....	6

## NOTA INTRODUTÓRIA

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema com importância crescente à escala mundial, o qual não pode ser ignorado por nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde, nomeadamente pelas repercussões destas infeções e o seu impacto nos indivíduos acometidos, nas unidades de saúde e na comunidade<sup>1</sup>.

Este manual emerge do projeto “Prevenção da infeção em estruturas residenciais: intervenção de enfermagem de saúde pública”, desenvolvido durante o estágio do mestrado e especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George, do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. Surge da necessidade de fornecer informação e documentação aos Ajudantes de Ação Direta sobre as IACS e como as prevenir e controlar, dado que são a primeira linha de contacto com os residentes da instituição.

Apresenta como objetivo principal, ser um manual de consulta, prático e conciso, de apoio às atividades das Ajudantes de Ação Direta, uniformizando informações e intervenções sobre como prevenir e controlar as infeções nas pessoas institucionalizadas, durante a prestação de cuidados de saúde.

Está organizado em dois capítulos. No primeiro é apresentada uma abordagem relativa às IACS, onde é descrita a sua definição, as infeções em números, a cadeia de transmissão e tipos, sinais e sintomas das principais IACS. No segundo capítulo, são expostas as suas estratégias preventivas.

A atualização da informação contida neste manual, será realizada pela equipa de enfermagem da instituição, sempre que necessário.

## 1. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma **infecção** ocorre quando os microrganismos (bactérias, fungos, vírus ou parasitas) dão entrada no corpo humano, multiplicam-se e causam doenças<sup>2</sup>.

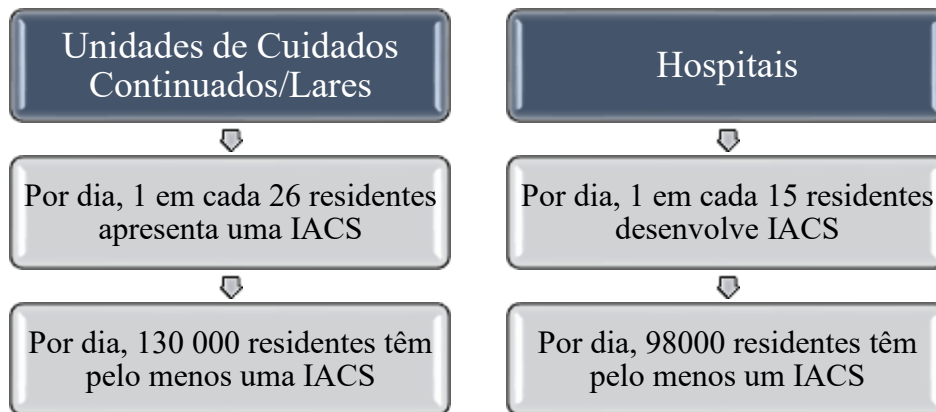


Imagem disponível em: <https://slideplayer.com/slide/8204633/>

As **IACS** são definidas como a infecção adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde, num ambiente hospitalar ou outra instituição de saúde (exemplo: lares)<sup>3, 4</sup>.

### ✚ IACS em números:

A prevalência das IACS nos hospitais e unidades equiparadas a lares entre 2016 e 2017 foi a seguinte<sup>5</sup>:



As IACS, causam mais mortes na Europa do que qualquer outra doença infecciosa, sendo que 4,4 milhões de mortes são atribuídos às infecções **desenvolvidas nas unidades de saúde fora dos hospitais (exemplo: lares)**<sup>5</sup>.



**Mais de metade das IACS, podem ser prevenidas!**

As IACS contribuem para o aumento das doenças e mortalidade, prolongam os internamentos, aumentam os custos em saúde e aumentam o grau de dependência das pessoas após a alta<sup>6</sup>.

## 1.1. Cadeia de Transmissão das IACS

A cadeia de transmissão das IACS é um modelo utilizado para facilitar a compreensão do processo de transmissão da infecção. Cada elemento deste modelo (Figura 1), deve estar presente, para que a infecção ocorra no corpo humano. A compreensão deste modelo, **fornece informações fundamentais para a implementação de medidas de prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção**<sup>7</sup>.

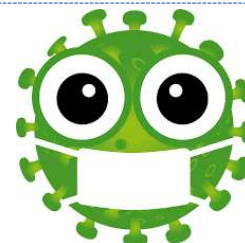
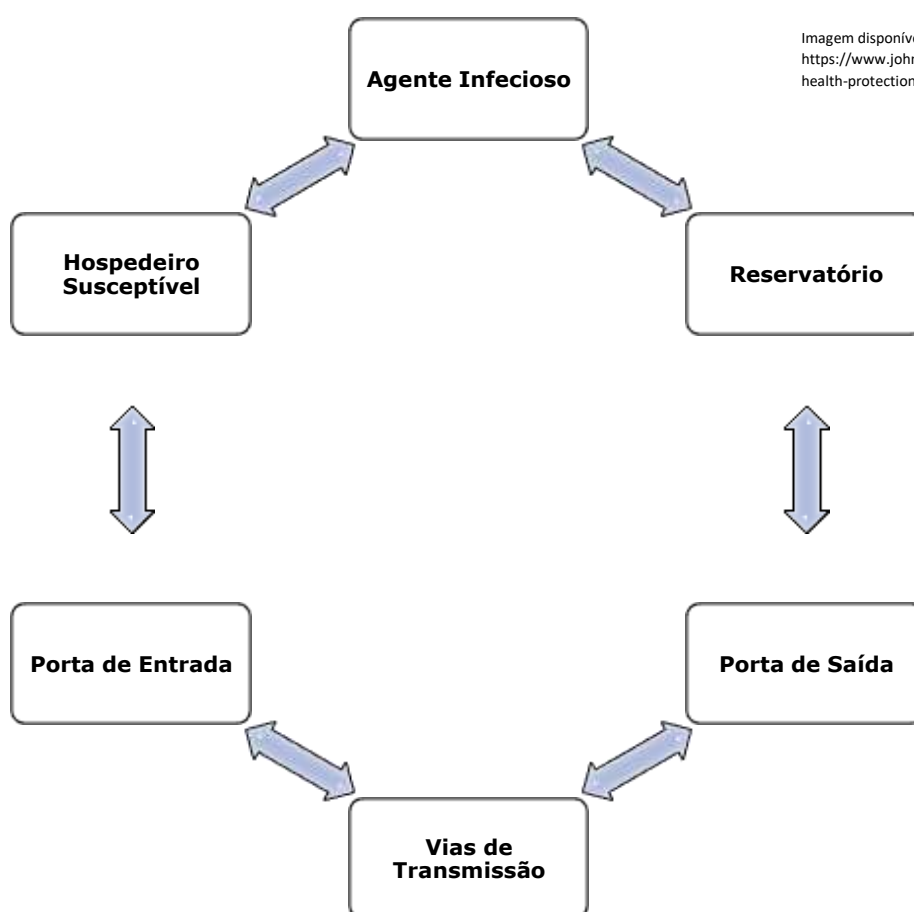


Imagem disponível em:  
<https://www.johnonions.com/2020/02/28/what-are-the-health-protection-coronavirus-regulations-2020/>



**Figura 1** – Cadeia de transmissão das IACS

✚ Elementos da cadeia de transmissão da infeção<sup>7,8</sup>:



## TRILHÕES E TRILHÕES EM VOCÊ

Principais regiões do corpo humano onde as bactérias vivem



**Boca/nariz**  
10 bilhões  
de bactérias



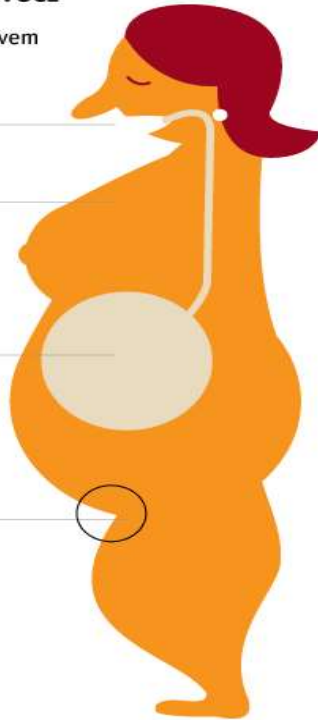
**Pele**  
1 trilhão  
de bactérias



**Intestino**  
100 trilhões  
de bactérias



**Genitália (especialmente em mulheres)** Varia muito conforme a mulher e a parte do ciclo menstrual, mas gira em torno da casa do trilhão



### 3 TIPOS DE FLORA

Os cientistas descobriram que os seres humanos sempre tem um dos três tipos de flora intestinal.

Predominância do gênero de bactéria:

1 *Bacteroides*

2 *Prevotella*

3 *Ruminococcus*

Portas de entrada dos microrganismos no corpo humano

Como as bactérias têm diferentes capacidades de transformar comida em energia no intestino, os cientistas querem agora saber se algum dos três grupos está mais relacionado com a facilidade para engordar

### DENTRO DO SEU CORPO



=



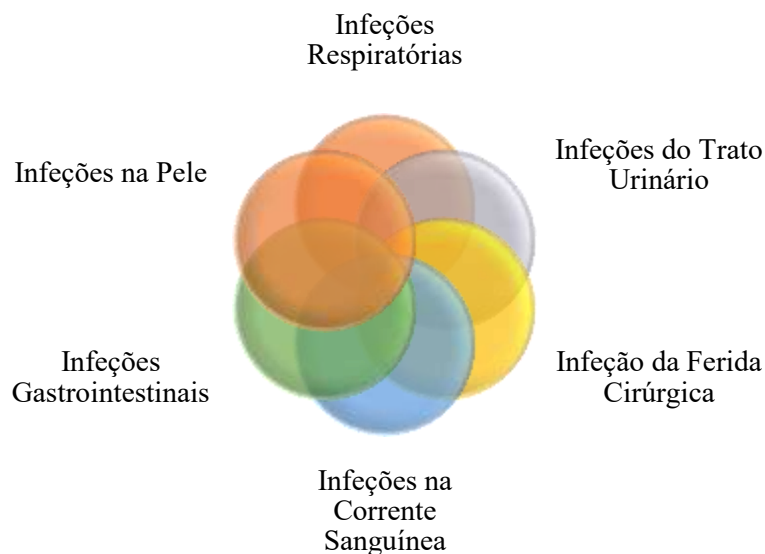
Para cada célula do corpo humano

Existem 10 bactérias

Imagem disponível em: <http://blogdoandremonteiro.blogspot.com/2011/04/estudos-relacionam-obesidade-flora.html>

## 1.2. Tipos de IACS e sinais/sintomas associados

Os tipos de IACS mais frequentes são<sup>5</sup>:



As Ajudantes de Ação Direta devem conhecer as **infecções mais frequentes** na sua instituição, de forma a **contribuir para a diminuição da sua prevalência**<sup>7</sup>.

As IACS mais frequentes na vossa instituição entre 2021 e 2022 foram: **as infecções respiratórias e as infecções do trato urinário.**



<https://www.espacorafah.com.br/infecoes-respiratorias-um-problema-mundial/>

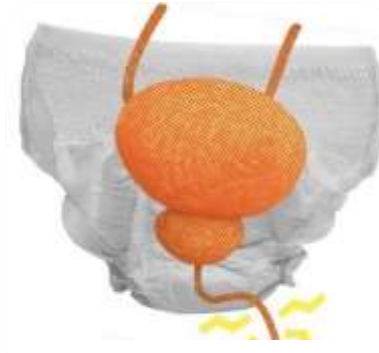


Imagem disponível em:  
<https://drauziovarella.uol.com.br/60-mais-como-prevenir-infeccao-urinaria-em-idosos/>

✚ Principais sinais e sintomas das IACS mais frequentes<sup>9,10</sup>:

## Infeções Respiratórias

- Febre;
- Tosse;
- Dificuldade respiratória;
- Dor no peito;
- Confusão mental;
- Presença de expectoração (ou aumento da quantidade produzida e alteração da coloração);
- Mal-estar geral;
- Diminuição do apetite.



Imagem disponível em:  
<https://drauziovarella.uol.com.br/pneumologia/diferencas-entre-pneumonias-e-resfriados/>

# Infeções Urinárias

- Ardor e sensação de dor ao urinar;
- Aumento da frequência para urinar e sensação de urgência urinária;
- Diminuição da quantidade de urina eliminada e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga;
- Presença de sangue e odor intenso na urina;
- Nas infecções urinárias mais graves, pode ocorrer febre, suores, calafrios, náuseas e vômitos e dor na parte inferior do abdômen ou nas costas;
- Nos idosos, pode ainda ocorrer confusão, desorientação, agitação, incontinência urinária e diminuição da força muscular, da mobilidade e do apetite e quedas.



Imagem disponível em:  
<http://biblioteca.cofen.gov.br/reccorren-cia-internacao-infeccao-trato-urinario->

## 2. Prevenção das IACS



As **Precauções Básicas de Controle da Infecção (PBCI)** consistem no conjunto de medidas, que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS<sup>11</sup>.

- ❖ As PBCI partem do princípio **que todas as pessoas podem constituir um risco de transmissão de microrganismos<sup>11</sup>**.

O princípio das PBCI é o seguinte<sup>11</sup>:



**“Não há residentes de risco, mas sim, procedimentos de risco!”**

O cumprimento das PBCI garante a segurança das pessoas institucionalizadas, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com a instituição, pelo que devem ser adotadas por todos<sup>11,12</sup>.

## 2.1. As PBCI são compostas por 10 itens:



Imagem disponível em: <http://controloinfeccao.blogspot.com/2016/05/precaucoes-basicas-de-controlo-de.html>

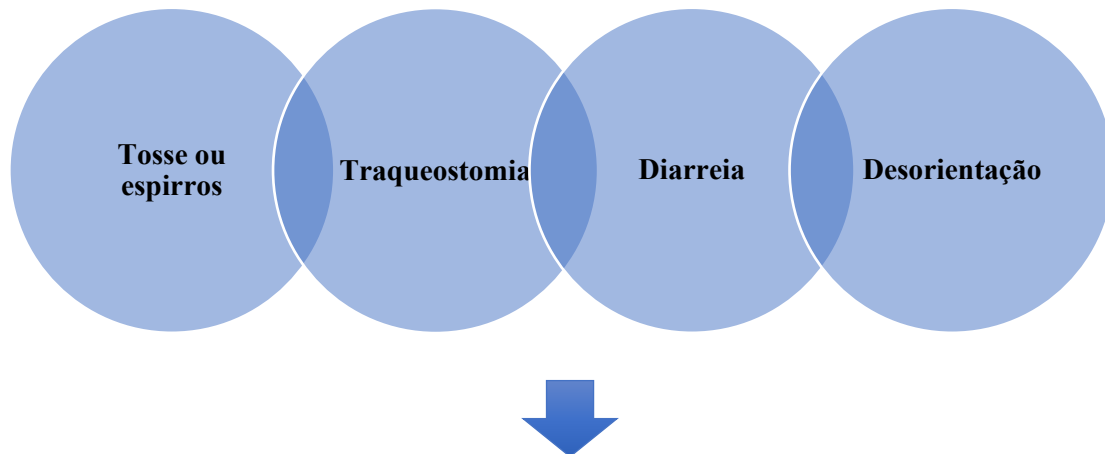
### 2.1.1. A colocação/isolamento dos residentes:



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

✚ Os residentes da instituição são considerados a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS. Na **admissão de um novo residente à instituição** deve ser avaliado o risco de transmissão de infeções entre as pessoas institucionalizadas.

- **Representa um risco acrescido de transmissão cruzada de infeções a presença de:**



Nas novas admissões de residentes à instituição, as **pessoas que apresentem algum destes riscos devem ser colocadas num lugar que os minimize**, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação.

- ✚ No **transporte de residentes** devem ser observadas as seguintes regras:
  - Deve ser efetuado de modo a não contaminar o ambiente da instituição, os profissionais e/ou qualquer pessoa que circule na instituição;
  - A roupa da cama/maca e/ou a roupa do residente deve encontrar-se limpa;

- Se o residente apresentar sintomas respiratórios deve colocar uma máscara;
- Devem evitar-se as deslocações desnecessárias entre o quarto e os restantes espaços físicos da instituição.

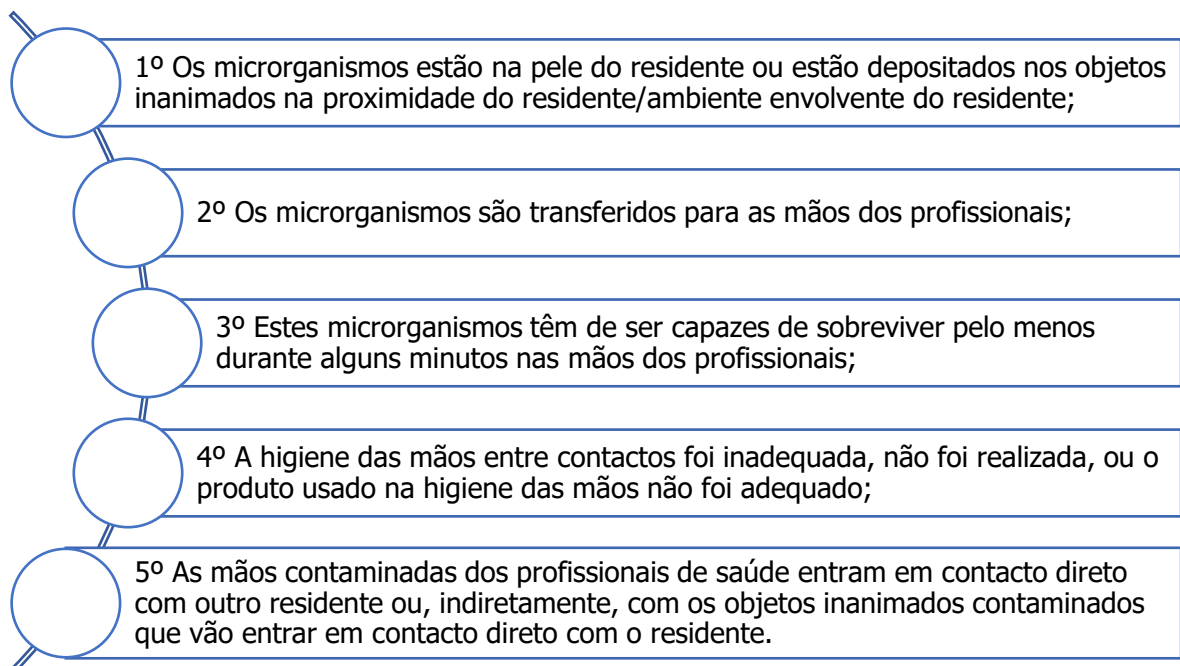
### 2.1.2. Higiene das mãos:



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

As mãos contaminadas são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre residentes numa instituição. A higiene das mãos é considerada a medida mais importante para a redução da transmissão de infeções durante a prestação de cuidados<sup>7,13</sup>.

✚ A transmissão dos microrganismos de um residente para outro, através das mãos dos profissionais de saúde, ocorre da seguinte forma<sup>13</sup>:



## REGRAS:

- A **higiene das mãos** é uma medida a adotar **não só pelas Ajudantes de Ação Direta, mas também por todos os outros indivíduos que frequentam a instituição**, nomeadamente as **peessoas institucionalizadas e as visitas**<sup>13</sup>.
- As visitas e as pessoas residentes, devem ser alertadas para não contactarem fisicamente com outros residentes e a **proceder à higienização das mãos antes e após o contacto com o familiar que visitam**<sup>13</sup>.

### Medidas gerais de higiene das mãos e recomendações:

- ✓ Higienizar as mãos **preferencialmente por fricção com Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA)** no local de prestação de cuidados;
- ✓ Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas da farda para cima;
- ✓ **Higienizar as mãos de residente para residente;**
- ✓ **Não usar unhas de gel, postičas e vernizes** → Usar unhas naturais, curtas e mantê-las limpas;
- ✓ **Remover a joalheria (incluindo o relógio e pulseiras) e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho;**
- ✓ **Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger** de acordo com os procedimentos a efetuar;
- ✓ **Secar bem as mãos;**
- ✓ Ter **atenção especial** aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;
- ✓ **Hidratar a pele**, no mínimo 2 a 3 vezes por turno;
- ✓ **Os cortes nas mãos devem estar cobertos com um penso impermeável;**
- ✓ **Devem ser exclusivamente utilizados toalhetes de papel, nunca toalhas de pano.**



## Quando Higienizar as Mãos:

- ✓ Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluídos corporais;
- ✓ Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;
- ✓ Antes da colocação de luvas;
- ✓ Antes e depois das refeições;
- ✓ Imediatamente após a remoção de luvas;
- ✓ Após utilização das instalações sanitárias.

**35** Anos de Serviço ao Doente  
A cuidar dos portugueses

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

**OS SEUS MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS**

medidas simples salvam vidas

**1** ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE

**2** ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS

**3** APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS

**4** APÓS CONTACTO COM O DOENTE

The infographic features a central illustration of a healthcare worker assisting an elderly patient with a walker. Four orange arrows point to the four key moments for hand hygiene: 1. Before contact with the patient; 2. Before clean or aseptic procedures; 3. After risk of exposure to organic fluids; 4. After contact with the patient. Logos for the 35th anniversary of the Portuguese Health Service and the National Program for the Prevention and Control of Infections and Antibiotic Resistance are also present.

<b>1</b> ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	<b>QUANDO?</b> Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. <b>PORQUÊ?</b> Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
<b>2</b> ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS	<b>QUANDO?</b> Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. <b>PORQUÊ?</b> Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.
<b>3</b> APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS ORGÂNICOS	<b>QUANDO?</b> Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. <b>PORQUÊ?</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
<b>4</b> APÓS CONTACTO COM O DOENTE	<b>QUANDO?</b> Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo. <b>PORQUÊ?</b> Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

Imagem disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de->

✚ Os locais das mãos que frequentemente estão mais contaminados e onde os cuidados com a desinfecção devem ser maiores, são os seguintes:

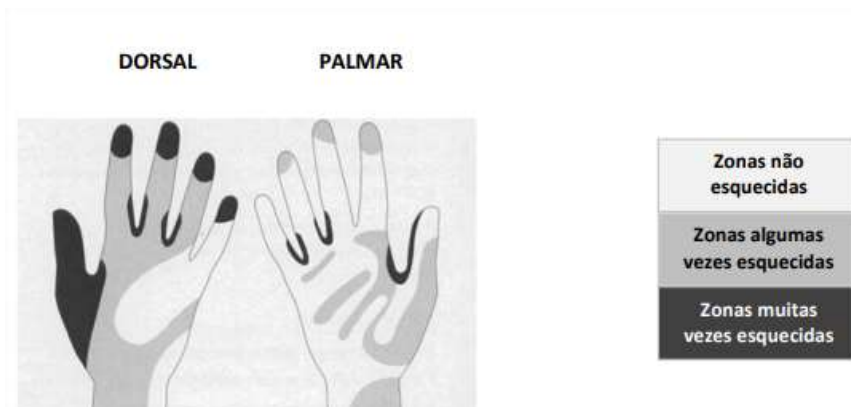


Imagem disponível em <http://portal.arsnorte.min->



## Como Higienizar as Mãos?

### Técnicas de Higiene das Mãos:

#### Com água e sabão:

1. Molhar as mãos em água à temperatura corporal;
2. **Aplicar a quantidade de sabão suficiente para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e os punhos;**
3. Friccionar as mãos durante **no mínimo 15 segundos;**
4. Enxaguar bem as mãos;
5. Não tocar na torneira após a higiene das mãos (usar um toalhete de papel para fechar a torneira de acionamento manual);
6. **Secar bem as mãos com um toalhete de uso único;**
7. Depositar os toalhetes usados num contentor de acionamento por pedal;
8. **A duração do procedimento deve ser entre 40 a 60 segundos.**



#### Por fricção com SABA:

1. Não usar SABA nas mãos visivelmente sujas;
2. Recomenda-se que as mãos **estejam secas antes da aplicação da solução alcoólica.**
3. Seguir as instruções do fabricante quanto aos tempos de aplicação da SABA;
4. **Aplicar a quantidade suficiente de SABA para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e punhos;**
5. **Friccionar as mãos entre 20 a 30 segundos,** até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos.

#### Lavagem das mãos com água e sabão



Imagem disponível em:  
<https://antigua.desertcart.com/products/71016576-sterillium-f-78042-hand-disinfectant-gel-100-m-l>

#### Desinfecção Alcoólica (fricção com SABA)



Imagem disponível em:  
<https://antigua.desertcart.com/products/71016576-sterillium-f-78042-hand-disinfectant-gel-100-m-l>

# Lavagem das mãos

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



0 Molhe as mãos com água



1 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4 Palma com palma com os dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8 Enxague as mãos com água



9 Seque as mãos com toalhete descartável



10 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



11 Agora as suas mãos estão seguras.

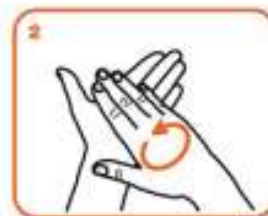
# Fricção Anti-séptica das mãos



Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4 As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8 Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

### 2.1.3. Etiqueta respiratória



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas destinadas a **conter e minimizar a transmissão de infeções através da respiração ou de gotículas.**

+ Devem ser cumpridas as seguintes medidas:

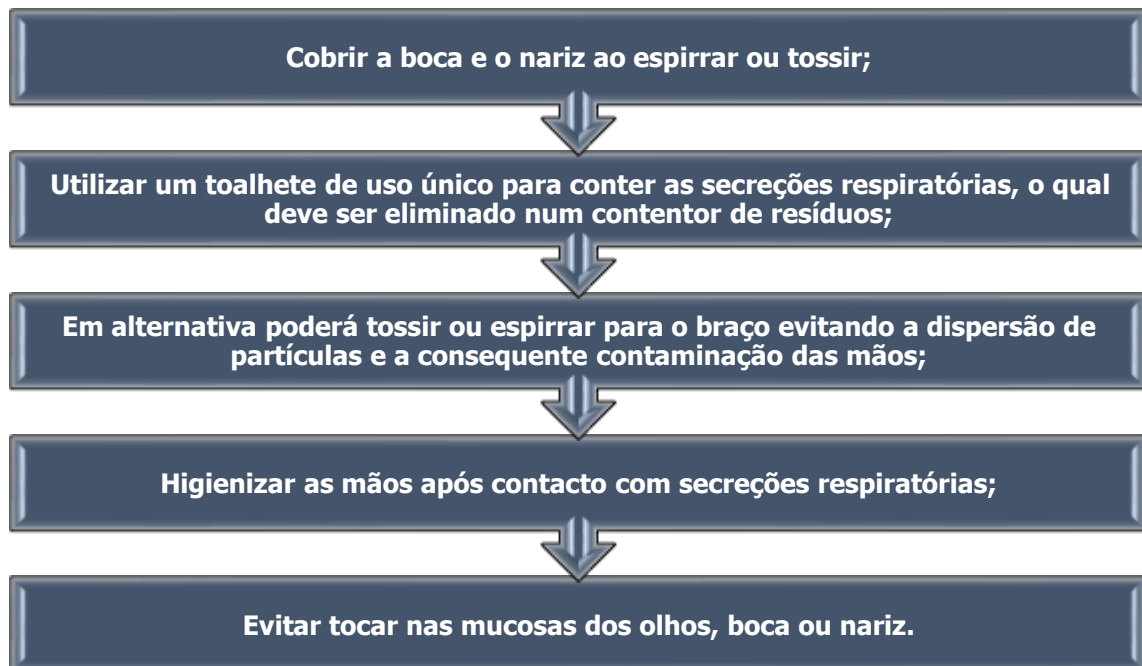


Imagem disponível em: <https://agropreven.es/category/covid-19/>

## REGRAS:

- ✓ As Ajudantes de Ação Direta que apresentem sintomas como tosse frequente e febre **devem evitar prestar cuidados diretos aos residentes na instituição;**
- ✓ Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade, os profissionais de saúde **devem oferecer máscaras aos indivíduos que apresentem sintomas de infeção e que frequentem a instituição,** aconselhando-os a **manter uma distância mínima de 1 metro** das outras pessoas.

### 2.1.4. Utilização adequada dos Equipamento de Proteção Individual (EPI)



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

A utilização de EPI, visa proteger não só os Ajudantes de Ação Direta, mas também os residentes da instituição do contacto com agentes infecciosos, sendo da **responsabilidade de cada profissional escolher e adequar o EPI a cada situação.**

✚ O EPI deve proporcionar proteção adequada às Ajudantes de Ação Direta

## REGRAS:

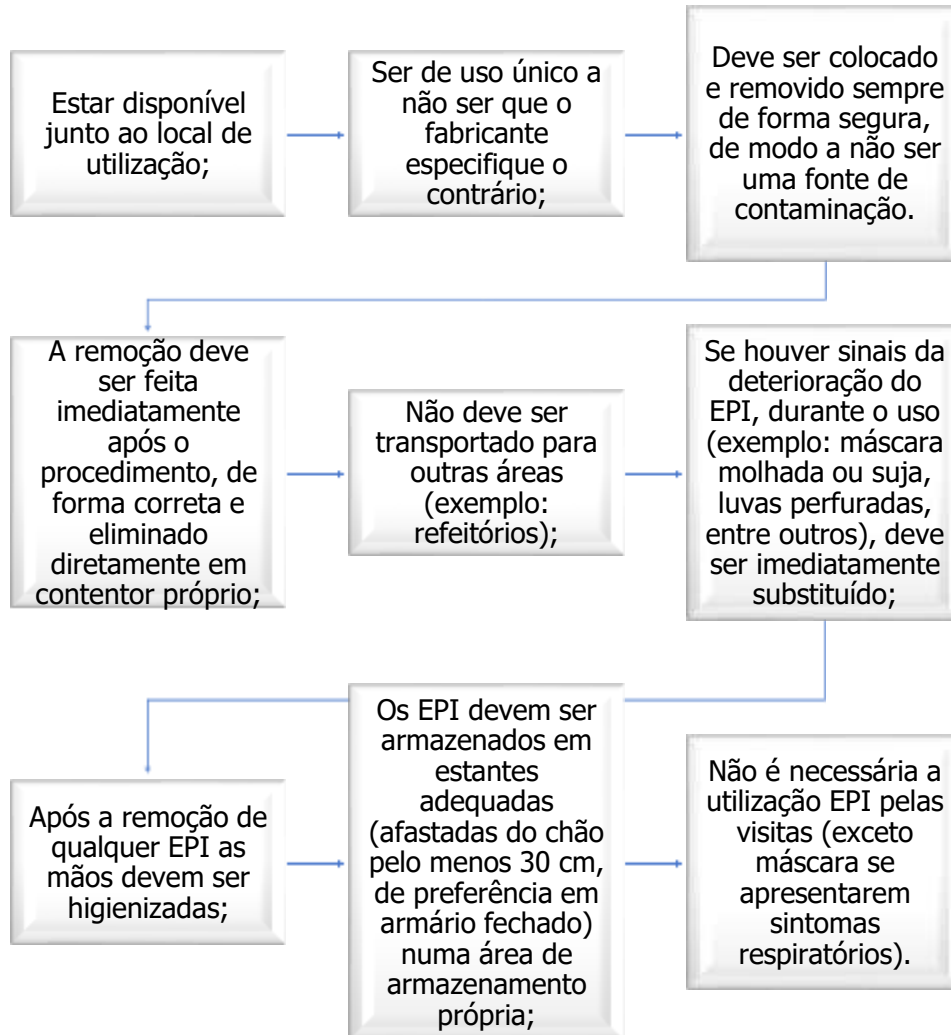




Imagem disponível em: <https://scmcinfaes.pt/documentacao/send/31-dgs-documentacao/194-dgs-cartaz-remocao-e-colocacao-de-epi-s>

## + Tipos de EPI:

### ✓ Luvas:



Imagem disponível em: <https://www.medicalexpo.com/pt/prod/funkybrain-solutions/product-129173-961156.html>

- **As luvas devem ser:**

- ✓ Removidas **imediatamente após o uso em cada residente e/ou após procedimentos** (exemplo: mudança de fralda e posterior manipulação da sonda nasogástrica);
- ✓ Não devem ser mantidas ou utilizadas para além da indicação que motivou a sua utilização (escrever e/ou tocar noutros materiais, equipamentos, superfícies ou pessoas);
- ✓ O uso de luvas **obriga à higienização prévia e posterior das mãos** (não substitui a necessidade de higienizar as mãos);
- ✓ Devem ser usadas **luvas apenas quando indicado**;
- ✓ **O seu uso inadequado torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos.**

## Situações clínicas com indicação para utilizar luvas

- Possibilidade de contacto com sangue, secreções e objetos visivelmente contaminados por fluídos corporais:
  - Exposição direta ao residente: contacto com sangue; contacto com pele não íntegra; situações de emergência (exemplo: Covid-19); derramamento de sangue;
  - Exposição indireta ao residente: esvaziamento de recipientes com fluídos (exemplo: urina); manipulação/limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluídos corporais.

## Luvas não indicadas (exceto para precauções de contato)

- Sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluídos corporais ou ambiente contaminado:
  - Exposição direta ao residente: prestação de cuidados de higiene; vestir o residente; transportar o residente; cuidar dos olhos e ouvidos (sem secreções);
  - Exposição indireta ao residente: utilização do telefone; escrever nos registos do residente; administração de medicação; distribuição e recolha dos tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; deslocação da mobília do residente.

## ✓ Procedimento para colocação/remoção de luvas:

### ○ Colocação de Luvas:

1. Higienizar as mãos;
2. Selecionar o tipo e dimensão adequada das luvas;
3. Inserir as mãos nas luvas, tendo o cuidado de as ajustar até ao seu limite (no caso de estar com uma bata, deverá sobrepor às mangas desta).

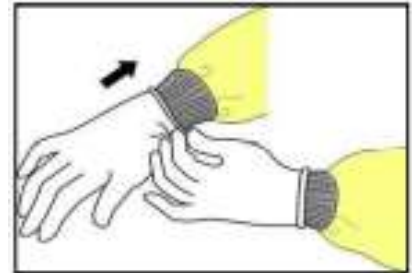


Imagem disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>

### ○ Remoção de Luvas:

1. Puxar pela extremidade exterior da 1ª luva perto do punho;
2. Retirar a 1ª luva de modo a que fique o lado interior para fora;
3. Segurar a 1ª luva com a mão oposta ainda calçada;
4. Puxar pela extremidade interior da 2ª luva;
5. Retirar a 2ª luva pelo seu interior envolvendo a 1ª luva, formando assim um “saco” com as duas luvas;
6. Depositar as luvas no contentor de resíduos, adequado à situação (equiparado a urbano, risco biológico ou risco químico).

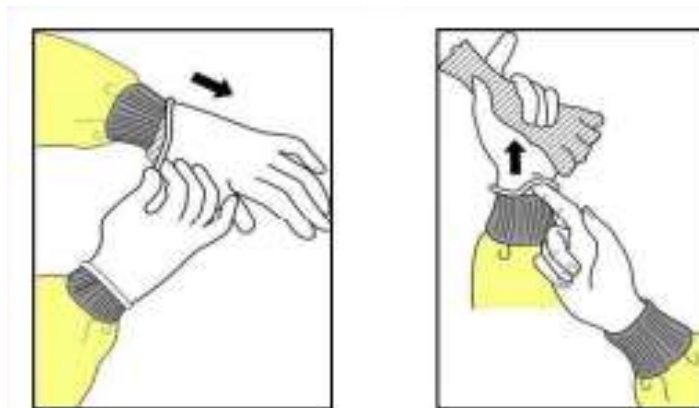


Imagem disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>

## ✓ Aventais e Batas:

A decisão entre escolher avental ou bata depende do tipo de contacto e do maior ou menor risco de contaminação com fluídos corporais. **Devem ser retirados imediatamente após o procedimento e substituídos entre residentes.**

### Aventais:

Utilizar durante procedimentos que envolvam contacto direto com o residente;

Servem para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação;

Devem ser substituídos no final do procedimento e entre residentes (exemplo: entre os cuidados de higiene).



Imagem disponível em: <http://www.gestusenior.com/Aventais-descartaveis-100-unidades>

### Batas de manga comprida:

Devem substituir os aventais se existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluídos corporais e de acordo com a extensão do contato;

Pode ser necessário a utilização de batas impermeáveis.



Imagem disponível em: <https://elosdetermura.pt/produto/batas-rubbergold-pp-punho-elastico-verdes-10-uni/>

### ✓ Equipamentos de proteção facial, boca e olhos:



Imagem disponível em: <https://blogsauade.volkdobrasil.com.br/epi-para-coronavirus/>

A proteção ocular/ facial deve ser usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluídos corporais para a cara e sempre durante procedimentos geradores de aerossóis.



### Óculos de Proteção:

- Devem proteger toda a zona dos olhos incluindo as áreas laterais;
- Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada;
- Usados quando há risco de salpicos de fluídos corporais para a cara.



### Máscara Cirúrgica:

- Deve ser bem ajustada à cara, adequada para o objetivo, devendo ser colocada confortavelmente, cobrindo totalmente a boca e o nariz;
- Não devem ser tocadas durante a sua utilização;
- **Devem ser retiradas quando já não são necessárias e não devem ser colocadas ao redor do pescoço.**

**MÁSCARAS**

**COMO COLOCAR**

- 1º **LAVAR AS MÃOS ANTES DE COLOCAR**
- 2º **VER A POSIÇÃO CORRETA**  
Verificar o lado correto a colocar voltado para a cara (ex: na máscara cirúrgica lado branco, com arame para cima)
- 3º **COLOCAR A MÁSCARA PELOS ATILHOS/ELÁSTICOS**
- 4º **AJUSTAR AO ROSTO**  
Do nariz até abaixo do queixo
- 5º **NÃO TER A MÁSCARA COM A BOCA OU COM O NARIZ DESPROTEGIDOS**

**DURANTE O USO**

- 1º **TROCAR A MÁSCARA QUANDO ESTIVER HÚMIDA**
- 2º **NÃO RETIRAR A MÁSCARA PARA TOSSIR OU ESPIRRAR**
- 3º **NÃO TOCAR NOS OLHOS, FACE OU MÁSCARA**  
Se o fizer, lavar as mãos de seguida.

**COMO REMOVER**

- 1º **LAVAR AS MÃOS ANTES DE REMOVER**
- 2º **RETIRAR A MÁSCARA PELOS ATILHOS/ELÁSTICOS**
- 3º **DESCARTAR EM CONTENTOR DE RESÍDUOS SEM TOCAR NA PARTE DA FRENTE DA MÁSCARA**
- 4º **LAVAR AS MÃOS**

**TRANSPORTE E LIMPEZA DE MÁSCARAS REUTILIZÁVEIS**

1. Manter e transportar as máscaras em invólucro fechado, respirável, limpo e seco.
2. Caso utilize máscara comunitária, deve confirmar que esta é certificada.
3. Lavar e secar, após cada utilização, seguindo as indicações do fabricante.
4. Verificar nas indicações do fabricante o número máximo de utilizações.

## ✓ Calçado:



Imagem disponível em: <https://healthbest.pt/products/copia-de-soca->

- O calçado deve ser **antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé a fim de evitar a contaminação** com sangue e outros fluídos corporais ou lesão com material cortante perfurante;
- Deve dar-se preferência a calçado que tolere a lavagem/desinfecção.

### 2.1.5. Descontaminação do material e equipamento:



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

O material e equipamento clínico utilizado em residentes, **pode ficar contaminado e servir de veículo de transmissão de microrganismos** durante a prestação de cuidados, pelo que deve ser mantido e manipulado de forma adequada.

#### ✚ O equipamento clínico é classificado como:

- De uso único – A embalagem apresenta o respetivo símbolo  - usar uma vez e eliminar;

- De uso num único num residente – pode ser reutilizado no mesmo residente;
- Equipamento reutilizável – destinado a ser usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um residente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre residentes e entre utilizações no mesmo residente.

✚ **Tipos de descontaminação:**



✚ **Classificação do material utilizado na instituição pelas Ajudantes de Ação Direta de acordo com o risco de infeção que representa:**

NIVEL DE RISCO	DESCRIÇÃO	PROCESSO	EXEMPLOS
<b>NÃO CRÍTICO</b> Risco baixo	Entram em contacto com pele íntegra. Superfícies de toque frequente	Limpeza + Desinfecção Baixo nível	
	Não entram em contacto direto com o utente.	Limpeza	

Imagem disponível em: [https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Norma\\_Descontaminacao\\_materiais\\_equipamentos.pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Norma_Descontaminacao_materiais_equipamentos.pdf)

## REGRAS:

- **A descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada:**
  - ✓ Após contaminação com sangue e fluídos corporais;
  - ✓ Após cada utilização e em intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza;
  - ✓ Antes de inspeção, manutenção e reparação;
  - ✓ Quando visivelmente sujo;
  - ✓ Sempre que o residente é transferido ou tem alta.

- O equipamento e material clínico deve estar **armazenado limpo e seco em áreas adequadas, longe de fontes de contaminação, colocados preferencialmente em armários fechados ou na impossibilidade, em estantes adequadas** (afastadas do chão pelo menos 30 cm), numa área de armazenamento própria, para garantir que não ficam contaminados antes de serem usados.

### 2.1.6. Controlo ambiental



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

As áreas partilhadas por diferentes residentes (quartos, enfermarias, casas de banho), podem ficar contaminadas com microrganismos durante a prestação de cuidados.

✚ Para evitar que as áreas de prestação de cuidados funcionem como reservatórios para a transmissão de infeções devem ser definidas práticas seguras:

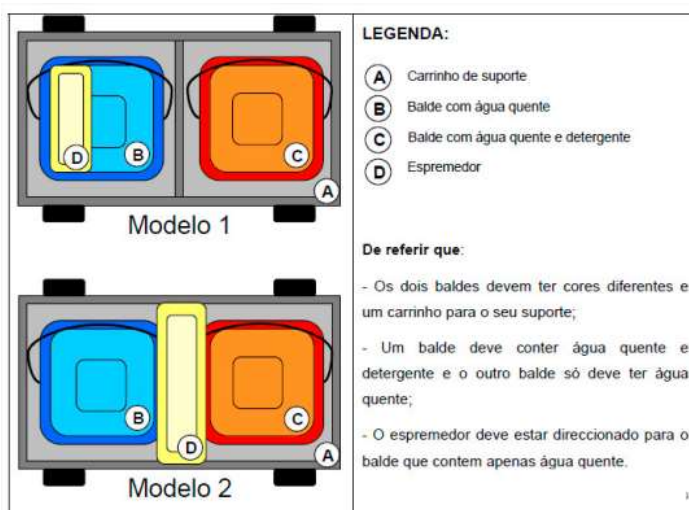
- ✓ O ambiente de prestação de cuidados **deve estar livre de objetos e equipamentos desnecessários** a fim de facilitar a limpeza;
- ✓ As superfícies devem **encontrar-se limpas e secas**;
- ✓ A descontaminação deve ser **efetuada por rotina uma ou mais vezes por dia** e sempre que as superfícies estejam visivelmente sujas ou imediatamente após ocorrer contaminação com fluídos corporais;
- ✓ Sempre que o residente é **transferido ou tem alta deve ser feita uma descontaminação profunda do quarto** que ocupava.

Deve dar-se muita atenção às zonas de toque frequente, pois são as mais contaminadas e as que representam maior risco de transmissão de microrganismos. Devem ser lavadas e/ou lavadas e desinfetadas no mínimo diariamente.

Princípios gerais da limpeza e manutenção de superfícies e estruturas do ambiente da instituição<sup>17</sup>

- Limpeza de **cima para baixo**;
- Limpeza do **mais limpo para o mais sujo**;
- Limpeza das **zonas mais interiores para as mais exteriores**;
- **Limpeza diária de superfícies horizontais**;
- **Limpeza do chão com duplo balde**;
- **Limpeza com água quente ou morna**;
- **Nunca varrer, sacudir ou limpar a seco** (exceto no exterior das unidades).

❖ Recomenda-se que a limpeza do pavimento seja efetuada com o método de duplo balde:



❖ Fases da lavagem de duplo balde:



- ✚ Utilização de panos de cores diferentes conforme as áreas:



- ❖ Código de cores para a limpeza → **Regra de ouro** (A finalidade do sistema de cores é prevenir a contaminação cruzada de infeções<sup>17</sup>).



<b>VERMELHO</b>	<b>VERDE</b>
SANITAS, URINÓIS E LAVA-PÉS	COZINHAS E COPAS
<b>AMARELO</b>	<b>AZUL</b>
LAVATÓRIOS E AZULEJOS	ÁREAS ADMINISTRATIVAS, CONSULTÓRIOS, GABINETES, SALAS DE TRATAMENTO E VACINAS

### 2.1.7 Manuseamento seguro da roupa



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

#### Roupas Limpas:

- A roupa limpa deve ser acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados;
- As prateleiras devem ser de material lavável, que suporte a limpeza e desinfeção e devem estar afastadas do chão (mínimo 30 cm);
- Antes da sua utilização, a roupa limpa deve ser manipulada o mínimo possível e com as mãos limpas;
- É recomendada a colocação de SABA junto ao local de acondicionamento da roupa.

#### Roupas Sujas:

##### **Toda a roupa suja deve:**

- ✓ Ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento;
- ✓ Não ser manipulada uma vez colocada no saco;
- ✓ **Os sacos não podem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, a fim de poderem ser corretamente encerrados;**
- ✓ Não deve ser posta no chão ou noutra superfície (cadeiras ou mesa de cabeceira);
- ✓ Ser depositada de imediato após a remoção, em saco impermeável que deverá estar disponível junto do local de utilização;
- ✓ **As mãos devem ser sempre higienizadas após o seu manuseamento;**
- ✓ Quando a roupa estiver suja com fluídos corporais devem usar luvas;
- ✓ Durante o seu manuseamento as Ajudantes de Ação Direta devem usar um avental impermeável para esse fim.

### 2.1.8. Recolha segura de resíduos



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

## REGRAS:

- Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser imediatamente eliminados no local onde são produzidos, separando-os de acordo com os grupos a que pertencem;
- Quando se manipulam e transportam resíduos evitar: comer; mexer em puxadores de portas, telefones, outros carros limpos, nos cabelos; executar outras tarefas simultaneamente.
- Não colocar sacos vermelhos ou brancos em sacos pretos;
- Não arrastar os sacos, transportá-los de preferência em carro próprio;
- Os contentores devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos e a tampa deve manter-se fechada;
- Os contentores reutilizáveis (com saco a forrar o seu interior) devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos;
- Os contentores de resíduos não devem ser cheios até mais de  $2/3$ , de modo a possibilitar o seu encerramento em segurança.

- Usar sempre EPI durante a manipulação de resíduos (luvas, avental);
- Nunca colocar as mãos dentro de qualquer saco de lixo;
- Nunca comprimir os sacos de lixo quando cheios;
- Todos os sacos de resíduos devem ser manipulados com cuidado, nunca atirados, arrastados ou transportados junto ao corpo;
- Os sacos cheios devem ser manipulados apenas pela parte superior;
- Assegurar-se que os sacos não estão furados ou rasgados, se estiverem, colocar um segundo saco da mesma cor;
- Lavar as mãos após manipular os resíduos.**

#### Triagem de Resíduos:

✓ Os diferentes tipos de resíduos requerem diferentes formas de acondicionamento:

NÃO PERIGOSOS		PERIGOSOS	
<p>Grupo I</p> 	<p>Grupo II</p> 	<p>Grupo III</p> 	<p>Grupo IV</p> 
Resíduos Equiparados a Urbanos	Resíduos Hospitalares Não Perigosos	Resíduos Hospitalares de Risco Biológico	Resíduos Hospitalares Específicos
Saco preto		<p>Saco branco, com indicativo de risco biológico</p> 	<p>Saco vermelho, com exceção dos cortantes e perfurantes</p>

Imagem disponível em: [https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao\\_-de\\_esclarecimento\\_pbc1.pdf](https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao_-de_esclarecimento_pbc1.pdf)

### 2.1.9. Práticas seguras na preparação e administração de medicamentos



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

- **Higienizar as mãos antes da administração de medicamentos;**
- Não administrar medicamentos contidos em embalagem de dose única a **mais do que um residente e não juntar as sobras dos medicamentos para uso posterior;**
- **Não colocar as embalagens da medicação junto aos residentes, sem supervisão.**

### 2.1.10. Exposição de risco no local de trabalho



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluídos corporais é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos. **Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.**

#### **✚ Considera-se exposição significativa:**

- Traumatismos na pele com cortantes ou perfurantes contaminados;
- Exposição de feridas ou outras lesões da pele;
- Exposição de mucosas (olhos, boca) a salpicos de sangue ou outros fluídos corporais de risco.

**Em caso de exposição significativa a algum tipo de risco durante a prestação de cuidados, informe a equipa de enfermagem da sua instituição.**

## NOTA CONCLUSIVA

De forma a reduzir o impacto negativo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), é necessário aplicar adequadamente as Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI) ao contexto de cuidados de saúde, uma vez que estas traduzem instruções de boas práticas que ao serem aplicadas por todos os profissionais de saúde, diminuem o risco de infeção cruzada<sup>14</sup>.

Deste modo, é essencial que todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde diretamente à pessoa, possuam formação teórico-prática sobre comportamentos promotores da prevenção e controlo da infeção<sup>15,16</sup>. Profissionais com formação e treino em PBCI, são indispensáveis para prevenir e controlar as IACS nas pessoas institucionalizadas em estruturas residências.

As unidades de saúde devem ser transformadas em espaços de aprendizagem, objetivando a resolução de problemas, a partilha de ideias e a criação de uma cultura de oportunidades formativas que contribuam para a melhoria da capacitação dos profissionais envolvidos diretamente na prestação de cuidados<sup>15</sup>.

As informações contidas neste manual servem como um guia para a minimização das infeções na sua instituição!

Só é possível diminuir o problema das IACS com a colaboração de todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde!

Se conhecer estratégias que não tenham sido referidas neste manual, partilhe-as com a equipa de enfermagem!



Imagem disponível em: <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/uniformizar-praticas-para-prevenir-infecao/>

## Referências Bibliográficas

1. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
2. Silva, O. Infecção - Doenças Infeciosas - Doenças e Medicina [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.infoescola.com/doencas/infeccao/>
3. Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., Perelman, J., Lobão, J., Sousa, P. Infecções associadas a cuidados de saúde. Contributo da Indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo. [Internet]. 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/320306445\\_IACS\\_Contributo\\_da\\_industria\\_de\\_meios\\_de\\_diagnostico\\_in\\_vitro\\_para\\_o\\_seu\\_controlo](https://www.researchgate.net/publication/320306445_IACS_Contributo_da_industria_de_meios_de_diagnostico_in_vitro_para_o_seu_controlo).
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-online-resources-prevention-and-control-antimicrobial-resistance-amr>.
5. European Antibiotic Awareness Day [Internet]. 2022. Disponível em: [https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic-healthcare-associated-infections-patients-safety\\_PT.pdf](https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic-healthcare-associated-infections-patients-safety_PT.pdf)
6. World Health Organization. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide (2ª ed.). [Internet]. 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67350>
7. Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do Residente. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. 2010 Vol. Temático N° 10 - Segurança do Residente: 27–39. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/98509>
8. Organização Mundial da Saúde Pan-Americana Organização Mundial da Saúde -Representação Brasil Saúde e doença na população 2 [Internet]. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\\_principios\\_epidemiologia\\_2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf)
9. Healthcare. Porquê é que a pneumonia é comum nos idosos [Internet]. 2020. Disponível em: <https://conteudo.omronbrasil.com/pneumonia-em-idosos/>
10. National Institute on Aging. Infecção Urinária: Sintomas, Tratamento e Prevenção Em Idosos [Internet]. 2022. Disponível em: <https://novocuidar.pt/coisas-que-os-idosos-devem-saber-sobre-infecao-urinaria>
11. Direção-Geral da Saúde. Precauções Básicas de Controlo da Infecção [Internet]. 2012. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

12. Flores, I. Adesão às Precauções Básicas do Controlo da Infecção: Uma Scoping Review Escola Superior De Enfermagem Do Porto Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica [Internet]. 2021. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39412/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado\\_In%c3%aas%20Flores.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39412/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_In%c3%aas%20Flores.pdf)
13. Direção-Geral da Saúde. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Portal das Normas Clínicas [Internet]. 2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude>
14. Direção-Geral da Saúde. Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.anci.pt/relatorio-ppciradgs-2018>
15. National Institute for Health and Care Excellence. Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG139>
16. Royal College of Nursing. Essential Practice for Infection Prevention and Control. Guidance for nursing staff [Internet]. 2019. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk>
17. Administração Regional de Saúde do Norte. Manual de controlo da infeção [Internet]. (2013). Disponível em <https://www.arsnorte.min-saude.pt/grupo-coordenador-regional-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-antimicrobianas/normas/#content>

**APÊNDICE VII- Cronograma de atividades**

Planeamento em Saúde		Setembro			Outubro			Novembro				Dezembro			Janeiro					
		Semanas																		
		5-9	12-16	19-23	26-30	3-7	10-14	17-21	24-28	31/10-4/11	7-11	14-18	21-25	28/11-2/12	5/12-9/12	12/12-16/12	2/1-6/1	9/1-13-1	16/1-20/1	23/1-27/1
Integrar o contexto/equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública																				
Pesquisa Bibliográfica sobre um foco de atenção																				
Desenvolvimento da <i>Scoping Review</i>																				
Diagnóstico da Situação	Identificação de Problemas/Necessidades																			
	Definição da População-Alvo																			
	Elaboração e aplicação do instrumento de recolha de dados																			
	Análise dos dados recolhidos																			
Determinação de Prioridades																				
Fixação de Objetivos																				
Seleção de Estratégias																				
Elaboração de Programas e Projetos																				
Preparação/Execução de Atividades																				
Avaliação das Atividades																				
Elaboração do Relatório de Estágio																				

(Cronograma adaptado de Tavares, 1990)

**APÊNDICE VIII- Convocatória para a sessão formativa**



# STOP À INFEÇÃO, NA SUA INSTITUIÇÃO!

## Sessão Formativa

**Dia: 11/01/2023**

**Hora: 14:30**

**Local: Sala de formações/reuniões**



**Formadora: Mestranda e Enfermeira Sandra Santos**

**Obrigada pela sua colaboração!**

**APÊNDICE XIX-** Questionário de avaliação da satisfação das ajudantes de ação direta em relação à sessão formativa

**Questionário de avaliação da satisfação das Ajudantes de Ação Direta em relação à sessão formativa**

**Sessão Formativa:** “STOP à infeção, na sua instituição!”

**Data:** 11/01/2022

**Hora:** 14:30

**Formadora:** Mestranda Sandra Santos

Por favor, assinale com um “X” a opção que melhor caracteriza o seu nível de satisfação com a formação realizada:

Satisfação com:	Nem				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Tema e conteúdos apresentados					
Qualidade da comunicação e apresentação da formadora					
Organização da apresentação					
Materiais e recursos utilizados					
Qualidade do espaço físico onde decorreu a sessão formativa					
Apreciação Global					

Sugestões de melhoria para sessões formativas futuras que decorram na vossa instituição:

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

**APÊNDICE X- Ficha de avaliação de conhecimentos**

## Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão Formativa: “STOP à infeção, na sua instituição!”

Por favor, das afirmações seguintes assinale com uma cruz (X) caso a considere **verdadeira (V) ou falsa (F)**:

Afirmação	V	F
1. A percentagem de pessoas que residem em instituições de saúde que desenvolvem IACS é baixa		
2. As IACS têm um impacto positivo na melhoria da situação de saúde dos residentes em instituições de saúde		
3. As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre residentes numa instituição de cuidados de saúde		
4. A higiene das mãos é a medida mais importante para a diminuição das IACS		
5. Os residentes nas instituições não representam risco de transmissão cruzada de infeções		
6. A utilização de jóias e unhas postiças durante a prestação de cuidados, não são um fator que contribui para o aumento da transmissão de IACS		
7. A fricção antisséptica das mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) para ser eficaz deve ter um tempo de 20 a 30 segundos		
8. Quando as mãos estão visivelmente sujas, é apenas necessário realizar a desinfeção com SABA		
9. Antes de entrar em contacto com o residente, se as mãos estiverem visivelmente limpas, é necessário realizar uma higiene adequada das mãos com água e sabão		

Obrigada pela sua colaboração!

**APÊNDICE XI- Folha de presenças da sessão formativa**

## Folha de Presenças

**Sessão Formativa:** “STOP à infeção, na sua instituição!”

**Data:** 11/01/2022

**Hora:** 14:30

**Local:** Sala de formações/reuniões

**Formadora:** Mestranda Sandra Santos

Por favor, assine a sua presença

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Obrigada pela vossa colaboração!

**APÊNDICE XII- Apresentação USP**



## Sumário

- Contextualização do projeto alvo de intervenção no local de estágio
- Projeto de Intervenção Comunitária
  - Enquadramento
  - Metodologia do Planeamento em Saúde
- Referências Bibliográficas

## Contextualização do projeto alvo de intervenção no local de estágio

► **USP Francisco George** → Plano de Ação 2023-2025:

► **Prevenção da Doença- Mais saúde nas ERPI**

"O crescente aumento de idosos e das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT), tem repercussões ao nível socioeconómico da saúde, uma vez que se associa a uma aumentada dependência cuidada de saúde (...) A pessoa dependente e a necessidade cuidada para satisfazer as suas necessidades de saúde, apresenta diversas respostas sociais, as quais passam muitas vezes pela institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (...). Nas ERPI, as pessoas têm a maioria das vezes uma maior vulnerabilidade que as tornam vulneráveis, o que propicia a transmissão de **infeções** (...)" (Plano de Ação 2022-2023, p.133).

↓

**Objetivo Geral:**

- Promover a qualidade dos cuidados prestados aos residentes em ERPI
- Promover a saúde e prevenir a doença dos residentes em ERPI

- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026

## Projeto de Intervenção Comunitária- Enquadramento

► **Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)**

**Problema de saúde pública com importância crescente à escala mundial** (DGS, 2017)

► **Dados Epidemiológicos**

- Em 2013 foi realizado um estudo da prevalência das IACS ao nível dos cuidados continuados que apurou taxas de infeção de 10,4% em Portugal e 3,4% na Europa. Em 2017 foram realizados novos estudos, verificandose uma ligeira melhoria na taxa de infeção, para 7,8% (DGS, 2017);
- Em 2016 e 2017 o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) coordenou estudos de prevalências sobre as IACS em hospitais e unidades de cuidados continuados na União Europeia (UE) referindo que as IACS, causam mais mortes na Europa do que qualquer outra doença infecciosa (ECDC, 2017);
- Em 2022, o ECDC estimou que 4,4 milhões de episódios de IACS ocorreram todos os anos nos países da UE, nas unidades de longa permanência para idosos. Segundo o ECDC, estima-se que por dia, um em cada 43 residentes em lares desenvolve uma IACS e um em cada 31 pacientes em hospitais é acometido por uma IACS (OMS, Relatório global sobre prevenção e controlo das infeções, 2023).

Foto das imagens: European Centre for Disease Prevention and Control, 2017

## Projeto de Intervenção Comunitária- Enquadramento

- ▶ A pandemia Covid-19 teve um impacto importante em todos os setores da sociedade, nomeadamente nas instituições de longa permanência para idosos, onde se verificou uma elevada incidência e mortalidade da doença, nos residentes nestas instituições (Shi et al., 2020).

"Fatores determinantes das infeções em pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais: Scoping Review"

### Objetivo

- Mapear a informação que existe sobre os fatores determinantes da origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI

Amostra Final  
10 Estudos

### Questão de Investigação

- "Quais os fatores que determinam a origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI?"

## Projeto de Intervenção Comunitária- Enquadramento

"Fatores determinantes das infeções em pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais: Scoping Review"

### Principais Resultados:

- Iliteracia dos profissionais sobre o controlo da infeção;** (Chow, 2020; Speggietti et al., 2020; Puts et al., 2020; Cazzolletti et al., 2021; Wood, 2019)
- Não utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e/ou a inexistência deste nas ERPI;** (Chow, 2020)
- Não adesão dos profissionais às Precauções Básicas de Controlo da Infeção;** (Mullines Quinn, & Gupta, 2018)
- Higiene das mãos incorreta** ; (Au, Suen, & Lam, 2020; Puts et al., 2020)
- Inexistência de normas e políticas de controlo da infeção;** (Zhan et al., 2020; Mullines Quinn, & Gupta, 2018; Gallego Codorniu, & Cabrera, 2020)
- Condições de trabalho precárias;** (Zhan et al., 2020; Gallego Codorniu, & Cabrera, 2020)
- Características intrínsecas dos residentes em ERPI ( ex: idade e doenças crónicas);** (Gallego Codorniu & Cabrera 2020; Wang, Wilson, Britomes 2021; Wood, 2019)
- Características das infraestruturas (ex : número elevado de residentes)** (Zhan et al., 2020; Gallego Codorniu, & Cabrera 2020; Cazzolletti et al., 2021; Wood, 2019)

## Projeto de Intervenção Comunitária- Enquadramento

"Fatores determinantes das infeções em pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais: Scoping Review"

### Principais Conclusões:

#### Estratégias Preventivas

- **Presença de um enfermeiro responsável pelo controlo da infeção e pela implementação de diretrizes preventivas da infeção nas ERPI** (Zhan et al., 2020);
- **Formação e treino obrigatório das auxiliares de enfermagem sobre a prevenção das infeções** (Mullines Quinn, & Gupta, 2018; Suen, & Lam, 2020; Puts et al., 2020; Wang, Wilson, Britomes 2021);
- **Utilização de EPI** (Chow 2020);
- **Restrição da deslocação dos residentes aos hospitais, privilegiando a parceria com equipas de saúde da comunidade** (Wood 2019; Chow 2020);
- **Melhoria das infraestruturas das instituições** (Cazzolletti et al., 2021);
- **Melhoria das condições de trabalho dos profissionais evitando a rotatividade** (Wood 2019; Gallego Codorniu & Cabrera 2020).

## Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planeamento em Saúde

### Diagnóstico de Situação

Reunião com enfermeira orientadora e enfermeira do PPCIRA

Seleção da Instituição Amostragem não probabilística por conveniência ERPI da área geodemográfica

Reunião exploratória com o responsável técnico e enfermeiro coordenador

- Desenvolvido pedido de autorização para realizar o projeto na instituição e pedido de autorização ao ACES Lisboa Norte- **Projeto: "Prevenção da infeção em estruturas residenciais: Intervenção de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública"**
- Formulado um guião de reunião com 10 perguntas

Problema de Saúde: Elevado número de IACS nos residentes

Necessidade em Saúde: Capacitação das Ajudantes de Ação Direta para a prevenção das IACS

## Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planeamento em Saúde

### Diagnóstico de Situação

Necessidade em Saúde: Capacitação das Ajudantes de Ação Direta (AAD) para a prevenção das IACS

População-alvo inicial 45 AAD → Amostra final 36 AAD (80%)



- ▶ Aplicado instrumento de recolha de dados para determinar as necessidades formativas das AAD
- ▶ "Perceção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas implicações na IACS" → OMS, 2009.



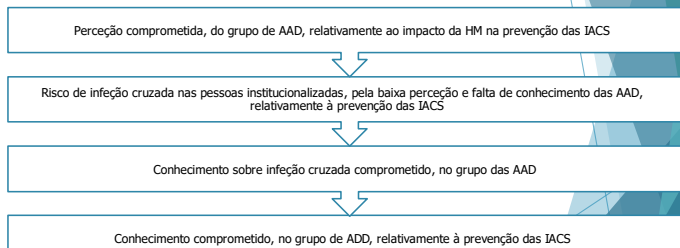
## Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planeamento em Saúde

### Diagnóstico de Situação

- ▶ **Análise dos dados obtidos com o questionário**
- ▶ A média das respostas das AAD relativamente à sua perceção sobre a presença de IACS nos residentes na instituição é de 25,7% → **Baixa perceção**
- ▶ A maioria das participantes (69,4%), **não consideram** que a infeção representa um impacto negativo sobre o prognóstico do doente → **Baixa perceção**
- ▶ A maioria das AAD (25 dos participantes/2,2%), **consideram** que a higiene das mãos não tem um impacto significativo na prevenção das IACS → **Baixa perceção**
- ▶ A maioria das AAD (23 participantes/64%) em estudo, **consideram** que **despendem um esforço elevado** para realizar uma higiene adequada das mãos quando cuidam dos doentes → **Baixa perceção**
- ▶ A maioria das participantes (28 AAD/77,8%) **não identificaram** corretamente a principal via de transmissão dos microrganismos → **Falta de conhecimento**
- ▶ A maioria das participantes (28 AAD/77,8%) **não souberam** identificar qual a fonte mais frequente de transmissão de microrganismos → **Falta de conhecimento**
- ▶ A maioria das inquiridas (23 respostas/3,9%) responderam incorretamente a questões sobre o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana nas mãos → **Falta de conhecimento**
- ▶ A maioria das participantes (20 AAD/55,6%) **consideraram incorretamente** que as unhas postizas não devem ser evitadas na prestação de cuidados → **Falta de conhecimento**
- ▶ A maioria das participantes (20 AAD/55,6%) responderam erradamente a questões sobre o método de HM mais indicado em cinco situações distintas do contexto de cuidados → **Falta de conhecimento**

## Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planeamento em Saúde

### Diagnósticos de Enfermagem



**Objetivo Geral do Projeto:** Contribuir para a diminuição das infeções na ERPI X, através da capacitação do grupo de Ajudantes de Ação Direta

## Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planeamento em Saúde

### Avaliação do Projeto

- ▶ Ficha de Avaliação de Conhecimentos
  - ▶ Proposta → Aplicar o questionário de avaliação de conhecimentos inicial, 6 meses após a sessão formativa
  - ▶ Análise de indicadores de resultado ou de impacto do projeto
    - ▶ Meta: Reduzir para menos de 30% as IACS na ERPI X ao final de um ano
- $$N.º \text{ de pessoas institucionalizadas na ERPI X que desenvolvem infeções} \times 100$$
- $$N.º \text{ total de pessoas institucionalizadas na ERPI X}$$

# Projeto de Intervenção Comunitária- Metodologia do Planejamento em Saúde

## Avaliação do Projeto

### Ficha de Avaliação de Conhecimentos:

1. 71% das inquiridas responderam corretamente
2. **50% das participantes responderam corretamente**
3. 92% das participantes responderam corretamente
4. 100% das participantes responderam corretamente
5. 79% das inquiridas responderam corretamente
6. 74% das participantes responderam corretamente
7. 100% das participantes responderam corretamente
8. 63% das inquiridas responderam corretamente
9. **29% das participantes responderam corretamente**



14

## Referências Bibliográficas

- Cazzoletti L, Zanolin M, Tussardi I, Alemayohu M, Zanetel E, ..., & Tomi, I. (2021). Risk Factors Associated with Nursing Home COVID-19 Outbreaks: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (8434), 1-17. DOI 10.3390/ijerph18188434
- Chow, J. (2020). Care homes and COVID-19 in Hong Kong: how the lessons from SARS were used to good effect. *Age and Ageing* 1-4. DOI 10.1093/agein/afaa234.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). INFEÇÃO E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANAS Relatório do Programa Prioritário PPCIRA2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencia-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DIGGS\\_PCIRA\\_8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DIGGS_PCIRA_8.pdf)
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). Infeções associadas aos cuidados de saúde - uma ameaça para a segurança dos doentes na Europa. Disponível em: [https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic\\_healthcare-associated-infections-patients-safety\\_PT.pdf](https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic_healthcare-associated-infections-patients-safety_PT.pdf)
- Gallega V, Codomo J, & Cabrerá G. (2021). The impact of COVID-19 on the elderly dependent population in Spain with special reference to the residential care sector. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 26(1):159-168. DOI 10.1590/1413-81232020261.33872020.
- Huhtinen, E., Quinn, E., & Gupta, I. (2018). Understanding barriers to effective management of influenza outbreaks by residential aged care facilities. *Australian Journal on Ageing*, 36(1), 60-63. DOI 10.1111/ajag.12595.
- Inzitari, E., Risco, M., Cesari, B., Buaman, L., Bennett, J., Varela, K., & Kuluski, J. (2020). Nursing homes and long term care after covid-19: A new era?. *The Journal of nutrition, health & aging*, 24, 1042-1046. DOI 10.1007/s12603-020-1447-8.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Disponível em: <https://proqualis.floozz.br/manual/estrat%C3%A9gia-multimodal-da-oms-para-o-aprimoramento-da-higi%C3%A9nia-das-m%C3%A3os-das-m%C3%A3os-guia-de>

15

**APÊNDICE XIII-** Indicadores de atividade estabelecidos para a sessão formativa,  
relacionados com as metas e os resultados obtidos

**Quadro 1-** Indicadores de atividade estabelecidos para a sessão formativa, relacionados com as metas e os resultados obtidos.

Indicadores de atividade-Sessão formativa	Meta	Resultado
Proporção de participantes capazes de definir a percentagem de pessoas que desenvolvem IACS como alta, na instituição = $\frac{20}{25} \times 100$	75%	80%
Proporção de participantes capazes de classificar o impacto das IACS no prognóstico das pessoas institucionalizadas = $\frac{17}{25} \times 100$	50%	68%
Proporção de participantes capazes identificar que as mãos dos profissionais de saúde são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos = $\frac{23}{25} \times 100$	75%	92%
Proporção de participantes capazes de reconhecer que a higiene das mãos é a medida mais eficaz na prevenção das IACS = $\frac{24}{25} \times 100$	75%	96%
Proporção de participantes capazes de reconhecer que os residentes são a principal fonte de transmissão cruzada de infeções = $\frac{22}{25} \times 100$	75%	88%
Proporção de participantes capazes de identificar que a utilização de adornos e unhas postiças durante a prestação de cuidados, são fatores que contribuem para o aumento da transmissão de IACS = $\frac{20}{25} \times 100$	50%	80%
Proporção de participantes capazes de identificar que a técnica de higienização das mãos por fricção antisséptica, para ser eficaz deve ser entre 20 a 30 segundos = $\frac{25}{25} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar a técnica de higienização das mãos aplicada quando as mãos estão visivelmente sujas = $\frac{20}{25} \times 100$	50%	80%
Proporção de participantes capazes de identificar os momentos de higienização das mãos e a técnica aplicada a cada contexto = $\frac{18}{25} \times 100$	50%	72%

**APÊNDICE XIV- Avaliação do projeto**

**1. Objetivo Específico:** “Ensinar as AAD da ERPI X, sobre prevenção e controlo das IACS, em janeiro de 2023”

<b>Metas</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Avaliação</b>
(A) Que 100% das sessões formativas programadas na ERPI X sejam realizadas	$(A) = \frac{N.^{\circ} \text{ sessões formativas realizadas na ERPI X}}{N.^{\circ} \text{ sessões formativas programadas na ERPI X}} \times 100$ <p><b>Taxa de sessões formativas realizadas na ERPI X</b></p>	<b>100%</b>
(B) Que 50% do grupo de AAD participem na sessão formativa	$(B) = \frac{N.^{\circ} \text{ AAD presentes na sessão formativa}}{N.^{\circ} \text{ total de ADD da ERPI X}} \times 100$ <p><b>Taxa de participação das AAD na sessão formativa</b></p>	<b>67%</b>
(C) Que 75% das participantes avaliem a sessão formativa com nível satisfatório (satisfeito ou muito satisfeito)	$(C) = \frac{N.^{\circ} \text{ de participantes com nível satisfatório de sessão}}{N.^{\circ} \text{ total de participantes na sessão}} \times 100$ <p><b>Taxa de satisfação das participantes com a sessão formativa</b></p>	<b>100%</b>
(D) Que 100% da entrega do folheto informativo às participantes seja atingida	$(F) = \frac{N.^{\circ} \text{ folhetos entregues}}{N.^{\circ} \text{ total de participantes na sessão}} \times 100$ <p><b>Taxa de folhetos entregues às participantes durante a sessão formativa</b></p>	<b>100%</b>
(E) Que 75% da distribuição de cartazes informativos pela instituição seja atingida	$(E) = \frac{N.^{\circ} \text{ cartazes distribuídos}}{N.^{\circ} \text{ total de lavatórios}} \times 100$ <p><b>Taxa de cartazes distribuídos na instituição</b></p>	<b>100%</b>

**2. Objetivo Específico:** “Colaborar com a equipa de enfermagem da ERPI X, no âmbito da diminuição das IACS nas pessoas institucionalizadas, entre 2022-2023”

<b>Metas</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Avaliação</b>
<b>(F)</b> Que 100% da entrega do manual às AAD pela equipa de enfermeiros da ERPI X seja atingida	$(F) = \frac{N.º \text{ manuais entregues}}{N.º \text{ de manuais previstos de elaboração}} \times 100$ <p style="text-align: center;"><b>Taxa de manuais entregues às AAD</b></p>	<b>100%</b>

**3. Objetivo Específico:** “Envolver os intervenientes do projeto “Formar para cuidar” da UCC de Sete Rios, no projeto de intervenção, em dezembro de 2022”

<b>Metas</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Avaliação</b>
<b>(G)</b> Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas	$(G) = \frac{N.º \text{ reuniões realizadas}}{N.º \text{ reuniões programadas}} \times 100$ <p style="text-align: center;"><b>Taxa de reuniões realizadas na UCC de Sete Rios</b></p>	<b>100%</b>
<b>(H)</b> Que 100% da equipa da UCC de Sete Rios, envolvida no projeto “Formar para cuidar” esteja presente na reunião e colabore com contributos para a realização da sessão formativa na ERPI X	$(H) = \frac{N.º \text{ de Enf.º responsáveis pelo projecto da UCC presentes na reunião}}{N.º \text{ total de Enf.ª da UCC}} \times 100$ <p style="text-align: center;"><b>Taxa de participação dos enfermeiros na reunião na UCC</b></p>	<b>100%</b>

**4. Objetivo Específico:** “Estabelecer parceria com a equipa de enfermagem PPCIRA do Hospital de Santa Maria, em janeiro de 2023”

Metas	Indicador de Atividade	Avaliação
<p><b>(I)</b> Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas</p>	$(I) = \frac{N.º \text{ reuniões realizadas}}{N.º \text{ reuniões programadas}} \times 100$ <p><b>Taxa de reuniões realizadas com a equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria</b></p>	<p><b>100%</b></p>
<p><b>(J)</b> Que 50% da equipa de enfermagem do PPCIRA do Hospital de Santa Maria esteja presente na reunião e colabore com contributos para a realização da sessão formativa na ERPI X</p>	$(J) = \frac{N.º \text{ de Enf.º do PPCIRA presentes na reunião}}{N.º \text{ total de Enf.ª do PPCIRA}} \times 100$ <p><b>Taxa de participação dos enfermeiros do PPCIRA na reunião</b></p>	<p><b>100%</b></p>
<p><b>(K)</b> Que 100% das sessões formativas realizadas tenham disponível o equipamento de luz ultravioleta</p>	$(K) = \frac{N.º \text{ sessões formativas realizadas com o equipamento de luz ultravioleta}}{N.º \text{ sessões formativas programadas com o equipamento de luz ultravioleta}} \times 100$ <p><b>Taxa de sessões formativas realizadas com o equipamento de luz ultravioleta</b></p>	<p><b>100%</b></p>

**5. Objetivo Específico:** “Integrar a USP FG na intervenção realizada com a ERPI X sobre a prevenção da infeção, em novembro e dezembro de 2022”

<b>Metas</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Avaliação</b>
<b>(L)</b> Que 100% das reuniões programadas na USP FG sejam realizadas	$(L) = \frac{N.^{\circ} \text{ reuniões realizadas}}{N.^{\circ} \text{ reuniões programadas}} \times 100$ <p><b>Taxa de reuniões realizadas na USP FG</b></p>	<b>100%</b>
<b>(M)</b> Que 50% da equipa da USP envolvida no projeto “PBCI em ERPI”, participe na reunião	$(M) = \frac{N.^{\circ} \text{ de Enf.}^{\circ} \text{ responsáveis pelo projecto da USP FG presentes na reunião}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ da USP FG}} \times 100$ <p><b>Taxa de participação dos enfermeiros do projeto “PBCI em ERPI” na reunião</b></p>	<b>75%</b>

**6. Objetivo Específico:** “Divulgar o projeto de intervenção aos profissionais de saúde da USP para dar continuidade ao mesmo, em janeiro de 2023”

<b>Metas</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Avaliação</b>
<b>(N)</b> Que 100% das sessões de divulgação programadas sejam realizadas	$(N) = \frac{N.^{\circ} \text{ sessões de divulgação realizadas}}{N.^{\circ} \text{ sessões de divulgação programadas}} \times 100$ <p><b>Taxa de sessões de divulgação do projeto realizadas na USP</b></p>	<b>100%</b>

<p><b>(O)</b> Que 50% da equipa do projeto “PBCI em ERPI”, da USP FG esteja presente na sessão de apresentação do projeto de intervenção</p>	$(O) = \frac{N.^{\circ} \text{Enf.}^{\circ} \text{ da equipa do projecto referido presentes na sessão de divulgação}}{N.^{\circ} \text{ total de Enf.}^{\circ} \text{ do projecto referido da USP}} \times 100$ <p><b>Taxa de participação dos enfermeiros do projeto “PBCI em ERPI”, na sessão de divulgação do projeto</b></p>	<p><b>100%</b></p>
<p><b>(P)</b> Que 50% dos profissionais de saúde da USP FG estejam presentes na apresentação do projeto</p>	$(P) = \frac{N.^{\circ} \text{ profissionais de saúde da USP presentes na apresentação}}{N.^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde da USP}} \times 100$ <p><b>Taxa de participação da equipa da USP FG na sessão de apresentação do projeto</b></p>	<p><b>75%</b></p>

**APÊNDICE XV-** Pedido e autorização do ACES para realizar o projeto de intervenção



**Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte**

**Assunto:** Pedido de autorização para divulgação do nome da instituição e da orientadora clínica

Eu, Sandra Simão dos Santos, licenciada em Enfermagem, a frequentar o XV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, encontro-me a realizar o Estágio final e Relatório, na Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George do ACES Lisboa Norte, no período compreendido entre o dia 6 de Setembro e 16 de Dezembro de 2022, ao abrigo do protocolo assinado entre o ICS/UCP e a ARS LVT, sob a orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Elisa Garcia. Todas as minhas atividades serão desenvolvidas sob a orientação clínica da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária, Rita Mota, no âmbito do seu regular funcionamento como enfermeira especialista. Nesse sentido, venho solicitar autorização para a divulgação do nome da enfermeira orientadora clínica, da vossa instituição e dos vossos logotipos, no relatório final que será defendido em prova pública.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada e solicito uma resposta tão breve quanto possível, tendo em atenção o tempo disponível para a realização deste relatório de estágio.

Atenciosamente,

**Sandra Simão dos Santos**

---

(Mestranda do Curso de Enfermagem de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

**Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Rita Mota**

---

(Enfermeira Orientadora de Estágio)



Pres. Conselho Clinico | ACES Lisboa Norte

15/11/2022, 16:08 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Senhora Enfermeira Sandra Santos,

De acordo com a sua solicitação no email enviado, tem autorização para a divulgação do nome do ACES, do logotipo e do nome da enfermeira orientadora, no seu relatório de estágio.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted Name]

Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar

Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lisboa Norte

Telefone: [Redacted]

Email: [Redacted]

Morada: [Redacted]

**APÊNDICE XVI-** Pedido e autorização da direção da ERPI X para implementação do projeto de intervenção



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Exmo. Sr. Diretor Técnico

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

Eu, Sandra Simão dos Santos, licenciada em Enfermagem, a frequentar o XV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, encontro-me a realizar o “Estágio final e Relatório”, na Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George do ACES Lisboa Norte, no período compreendido entre o dia 6 de Setembro e 16 de Dezembro de 2022, ao abrigo do protocolo assinado entre o ICS/UCP e a ARSLVT, sob a orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Elisa Garcia e orientação clínica da enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária, Rita Mota.

Neste contexto de estágio, pretende-se a realização de um projeto de intervenção tendo por base a metodologia do planeamento da saúde. Deste modo, venho por este meio solicitar a sua autorização, no âmbito do regular funcionamento da minha enfermeira orientadora, para o desenvolvimento de um projeto de intervenção, na sua instituição de cuidados de saúde, que incida sobre a temática da segurança da pessoa institucionalizada e prevenção e controlo das IACS, com intuito de identificar necessidades e exponenciar conhecimentos e habilidades sobre a área em estudo. Os resultados deste projeto têm como objetivo promover a realização de práticas seguras através da melhoria da literacia e competências dos profissionais sobre o tema, e, consequentemente, promover a saúde através da redução de incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde. Deste modo, este projeto será direcionado a um grupo de profissionais de saúde, mediante as necessidades identificadas, que de forma livre e esclarecida queiram participar no projeto e tenham o consentimento informado assinado para entrar no mesmo.

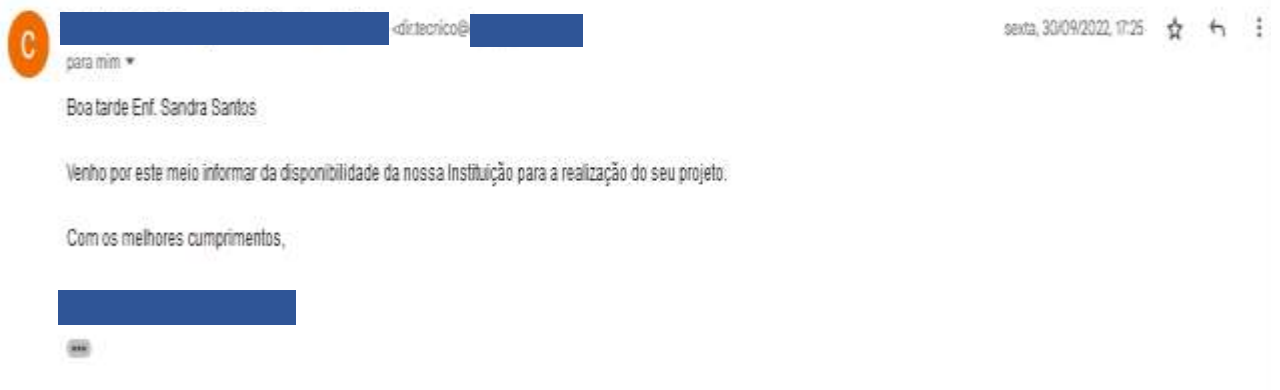
Agradeço desde já a disponibilidade dispensada e solicito uma resposta tão breve quanto possível, tendo em atenção o tempo disponível para a implementação de todas as fases pertencentes ao projeto de intervenção.

Atenciosamente,

**Sandra Simão dos Santos**

---

(Mestranda do Curso de Enfermagem de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)



**APÊNDICE XVII- Pedido e autorização para aplicação do questionário**

Pedido de opinião e autorização para aplicação de um questionário do PPCIRA num projeto de mestrado

Caixa de entrada x



Sandra Santos

para ppccira

quarta, 5/10/2022, 16:54



Exmos(as) Srs(as) da Direção do PPCIRA,

Sou a Sandra Simão dos Santos, enfermeira e frequento o XV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa. Neste momento, encontro-me a realizar o “Estágio final e Relatório”, na Unidade de Saúde Pública Francisco George do ACES Lisboa Norte, no período compreendido entre o dia 6 de setembro e 16 de dezembro de 2022, ao abrigo do protocolo assinado entre o ICS/UCP e a ARS LVT, sob a sob orientação pedagógica e científica da Professora Doutora Elisa Garcia e orientação clínica da enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária, Rita Mota.

Neste contexto, tendo por base o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, irei desenvolver um projeto de intervenção, numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), que incidirá na prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). A seleção da temática surgiu, após uma reunião de auscultação de necessidades com a direção de uma ERPI, da área geodemográfica desta Unidade de Saúde, sendo identificada como área prioritária de intervenção a necessidade de melhoria da literacia das ajudantes de ação direta da instituição, na prevenção das IACS, nomeadamente por práticas inseguras relacionadas com a higiene das mãos e troca de luvas. Foi referido que a população-alvo apresenta um nível de escolaridade baixo (4º ano em algumas situações).

Neste contexto, após pesquisa identifiquei em algumas dissertações de mestrado, um questionário da DGS que me parece adequado para aplicar à população-alvo de forma a avaliar as necessidades formativas, o qual se intitula “Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”, o qual envio em anexo.

Neste sentido, gostaria de solicitar a vossa autorização para aplicação do questionário enviado em anexo, no meu projecto.

Além deste pedido de autorização, gostaria de perceber se existe uma grelha com os critérios de interpretação dos resultados obtidos com a aplicação do referido questionário à população-alvo e o documento que esteve na base do desenvolvimento deste questionário.

Atendendo à vossa experiência gostaria de obter a vossa opinião em utilizar este instrumento ou de sugerirem eventuais sugestões alternativas.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada e solicito uma resposta tão breve quanto possível, tendo em atenção o tempo disponível para a implementação de todas as fases pertencentes ao projeto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Santos



DGS - PPCIRA

10:20 (há 41 minutos)



Exma. Sra. Enfermeira Sandra Santos

Bom dia.

Em nome da Direção do PPCIRA, vimos confirmar que pode utilizar no seu Projeto de Mestrado, os Anexos 4 e 7 da Estratégia Multimodal de PBCI, promovida pela DGS/PPCIRA.

Ficamos ao dispor para esclarecimentos ou dúvidas que possam surgir.

Os nossos melhores cumprimentos,

A Direção do PPCIRA

**APÊNDICE XVIII- Termo de consentimento livre e esclarecido**



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Sandra Simão dos Santos, enfermeira e estudante do 15º mestrado em enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa- Instituto de Ciências da Saúde, encontro-me a realizar o “estágio final e relatório”, na Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George, no Centro de Saúde de Sete Rios, sob orientação clínica da Sr.<sup>a</sup> enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária, Rita Mota e sob orientação pedagógica e científica da professora doutora Elisa Garcia.

Neste contexto, pretendo realizar um projeto que incida sobre a prevenção das Infecções Associadas as Cuidados de Saúde, através da identificação das necessidades formativas sobre o tema e a realização de intervenções que contribuam para a melhoria dos conhecimentos dos Ajudantes de Ação Direta, que trabalham na ERPI X.

A sua participação é fundamental para o sucesso deste projeto. Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para responder a um questionário que tem como objetivo avaliar a sua perceção e conhecimentos sobre a higiene das mãos e as suas implicações no desenvolvimento de infeções nas pessoas residentes na instituição.

Informo que estarei disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário. Certifico que a sua participação é voluntária, e, se, por qualquer motivo, existir alteração da sua vontade em participar, poderá desistir a qualquer momento e anular este consentimento, sem que daí advenham prejuízos ou penalizações para si.

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, e aquando do seu tratamento será garantida a confidencialidade e o seu anonimato.

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

Pela colaboração prestada, manifesto desde já os meus agradecimentos.

**Consentimento pós–esclarecido:**

De acordo com o pedido de participação acima referido, confirmo que tomei conhecimento do trabalho que será desenvolvido e que me foi explicado o seu objetivo, finalidade e posso desistir a qualquer momento. Assim, asseguro estar esclarecido e informado e aceito de livre vontade responder ao questionário e participar neste projeto.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do/a entrevistado/a

\_\_\_\_\_

Assinatura da mestrandia

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE XIX- Póster científico**



## Fatores determinantes das infeções em pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais "Scoping Review"

Santos, S.<sup>I</sup>, Garcia, E.<sup>II</sup>, Mota, R.<sup>III</sup>

I- Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte II- Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde III- Unidade de Saúde Pública Francisco George, ACES Lisboa Norte

### Introdução

O envelhecimento demográfico, é um fenómeno de atualidade<sup>1</sup>. O incremento do número de idosos e das doenças crónicas não transmissíveis contribui para o aumento da dependência de cuidados de saúde<sup>2</sup> e necessidade de institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)<sup>3</sup>. As pessoas institucionalizadas em ERPI, apresentam comorbilidades que propiciam a transmissão de infeções<sup>4</sup>. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) consistem nas infeções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde<sup>5</sup>. As IACS são um problema de saúde pública, com importância crescente à escala mundial e, dadas as suas repercussões, devem ser desenvolvidas intervenções que diminuam o seu impacto<sup>6</sup>.

### Questão de Investigação

• "Quais os fatores que determinam a origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI?"

### Objetivo

• Mapear a informação que existe sobre os fatores determinantes da origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI

Tipo de Estudo: *Scoping Review* (The Joanna Briggs Institute, 2021<sup>7</sup>)

Descritores *Mesh*: "infection", "infection determinants", "risk factors", "health care", "nursing home" e "homes for aged".

Pesquisa "aberta" nas bases de dados *EBSCO Host* e *Pubmed* e motor de busca *Google Scholar*

### Estratégia PCC

**P(População)** Pessoas institucionalizadas em ERPI  
**C(Conceito)** Causas, determinantes e fatores de risco que determinam a origem das IACS  
**C(Contexto)** ERPI

Três revisoras independentes analisaram os estudos, a extração e síntese dos dados.

**Palavras-Chave:** Infeção; Determinantes da infeção; Fatores de risco; Cuidados de saúde; ERPI; Lares de Idosos

### Metodologia

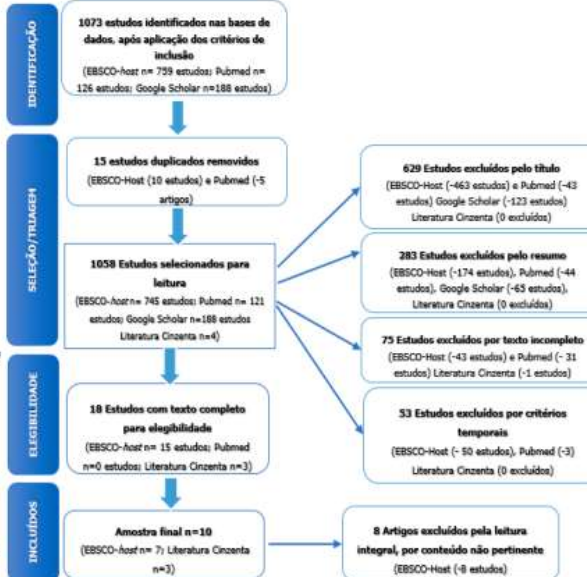


Figura 1 - Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos

### Resultados

#### Fatores determinantes da origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI:

- Iliteracia dos profissionais sobre o controlo da infeção;
- Não utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e/ou inexistência deste nas ERPI;
- Não adesão às Precauções Básicas de Controlo da Infeção;
- Higiene das mãos incorreta;
- Inexistência de normas e políticas de controlo da infeção;
- Condições de trabalho precárias;
- Características intrínsecas dos residentes em ERPI (ex: idade);
- Características das infraestruturas (ex: número de residentes).

8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

### Conclusão

Os diferentes estudos dão resposta à questão de investigação e objetivo, identificando os fatores que determinam a origem das IACS nas pessoas institucionalizadas em ERPI. Assim, os autores sugerem como estratégias preventivas: presença de um enfermeiro responsável pelo controlo da infeção e pela implementação de diretrizes preventivas da infeção nas ERPI; formação e treino obrigatório das auxiliares de enfermagem sobre a prevenção das infeções<sup>10,11,14,16</sup>; utilização de EPI<sup>1</sup>; restrição da deslocação dos residentes aos hospitais, privilegiando a parceria com equipas de saúde da comunidade<sup>8,17</sup>; melhoria das infraestruturas das instituições<sup>15</sup> e das condições de trabalho dos profissionais<sup>12,17</sup>.

Referências Bibliográficas

