



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Controlo de infeção:

Práticas em ambiente domiciliário

Noémia Regina Oliveira Moás

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Beja

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Controlo de infeção:

Práticas em ambiente domiciliário

Noémia Regina Oliveira Moás

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Beja

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Ermelinda Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professor Doutor Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Orientador: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Setúbal, 2024

“É preciso coragem para ser diferente e muita competência para fazer a diferença.”

Débora Oliveira

Agradecimentos

A todos que de alguma forma contribuíram para que percorresse este caminho e chegasse aqui.

À Professora Ana Clara Nunes, pela orientação e motivação durante este percurso.

À Enfermeira Manuela pela disponibilidade.

À Madalena Garcia, por tudo o que me proporcionaste, pelos preciosos momentos que partilhamos e por desafiarmos juntas os nossos limites. Obrigada por caminhares sempre comigo.

À Rosário, pela partilha de tantos conhecimentos, mas sobretudo por iluminares este percurso com a tua presença, tornando este caminho mais sereno, em diversos aspetos.

À minha família, pelo constante carinho e compreensão durante este percurso.

À minha mãe e ao meu pai, pelo apoio absoluto, pelas palavras sempre na medida certa. Foi convosco aprendi a importância de procurar sempre o conhecimento e a perseverar mesmo perante todos os desafios. O vosso exemplo de amor, força e sabedoria motivaram esta conquista.

Ao Rui, por todos os momentos de desabafos e pela paciência. Por lado a lado alcançarmos todos os desafios a que nos propomos, juntos somos mesmo a melhor equipa.

Aos meus filhos Pedro, Mariana e Duarte, que são a minha motivação, o meu orgulho, a minha força para procurar ser sempre melhor. Pelos sorrisos, pelos abraços que são a minha maior fonte de energia. Que este seja um exemplo de perseverança e determinação para que nunca desistam dos vossos objetivos. Embora o caminho possa ser difícil, nunca devemos desistir.

Resumo

Introdução: A promoção de medidas estratégicas de prevenção e controlo de infeção associadas à prestação de cuidados têm-se direcionado, na sua generalidade, para a área da saúde, deixando fragilidades na comunidade. A inclusão destas medidas, na prática de cuidados no domicílio, deve ser considerada como estratégia na comunidade.

Objetivo: Contribuir para a capacitação dos profissionais dos Serviços de Apoio no Domicílio, no âmbito das Precauções Básicas do Controlo da Infeção.

Metodologia: Desenvolvimento de projeto que tem por base a Metodologia do Planeamento em Saúde, sob o referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Na elaboração do diagnóstico de saúde realizou-se um estudo quantitativo, com recurso a questionário, que visa a identificação das necessidades de formação dos profissionais, de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sobre Controlo da Infeção.

Resultados: Identificaram-se necessidades de formação que orientaram o desenvolvimento do projeto. As intervenções contribuíram para a capacitação e aumento de conhecimentos.

Conclusão: O recurso a um processo formativo e educacional revelou-se importante na organização do trabalho dos profissionais, no desenvolvimento de competências preventivas e na gestão da saúde.

Palavras-chave: Controlo de infeção, Enfermagem comunitária, Cuidados Domiciliários

Abstract

Introduction: The promotion of strategic measures for prevention of infection and control associated with care provision has generally been directed towards the healthcare sector, leaving vulnerabilities in the community. The inclusion of these measures in home care practice should be considered a community strategy.

Objective: To contribute to the empowerment of professionals in Home Support Services within the scope of Basic Infection Control Precautions.

Methodology: Development of a project based on the Health Planning Methodology, under the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model. In the elaboration of the health diagnosis, a quantitative study was conducted using a questionnaire which aimed to identify the training needs of professionals from a Private Social Solidarity Institution on Infection Control.

Results: Training needs were identified and guided the development of the project. The interventions contributed to the empowerment and increase of knowledge.

Conclusion: The use of a formative and educational process proved to be important in organizing the work of professionals, in the development of preventive skills, and in health management.

Keywords: Infection control, Community nursing, Home care.

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AAD - Ajudantes de Ação Direta

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BI – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CH - Centro Hospitalar

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPVA - Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

IPSS - Instituições Particulares de Serviço Social

ISS – Instituto de Segurança Social

JCIHI - Joint Commission Institute for Healthcare Improvement

MGF – Medicina Geral e Familiar

MoMR - Microrganismos Multirresistentes

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCI – Prevenção e controlo de Infeção

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

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

Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1 - O envelhecimento	16
1.2 - Os cuidadores e o cuidar	17
1.3 - Serviços de Apoio Domiciliário (SAD)	19
1.4 - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.....	20
1.5 - Precauções Básicas de Controlo de Infeção	23
1.6 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	25
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE INTERVENÇÃO.....	29
2.1 - Caracterização geodemográfica.....	29
2.2 - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade	30
3. METODOLOGIA E PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	32
3.1 - Diagnóstico de situação	33
3.1.1 - Contextualização epidemiológica.....	33
3.1.2 - População e amostra.....	37
3.1.3 - Instrumento para recolha de dados e questões éticas	38
3.1.4 - Apresentação e análise dos resultados	39
3.2 - Determinação de prioridades	48
3.3 - Fixação de objetivos.....	49
3.4 - Seleção de estratégias.....	53
3.5 - Preparação operacional	56
3.5.1 - Intervenções e actividades	56
3.5.2 - Recursos necessários.....	60
3.5.3 - Cronograma de actividades.....	62
3.6 - Avaliação	62
3.7 - Divulgação/Follow up do projeto.....	67
3.8 - Outras actividades desenvolvidas	67
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - REFLEXÃO CRÍTICA.....	68
4.1 - Competências comuns do enfermeiro especialista.....	68
4.2 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	71
4.3 - Competências do grau de mestre.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

ANEXOS

Anexo 1 - Pedido de autorização ao Centro Hospitalar.....	84
Anexo 2 - Parecer do Centro Hospitalar.....	86
Anexo 3 - Pedido de autorização à IPSS	88
Anexo 4 - Parecer da IPSS.....	90

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário	93
Apêndice 2 - Cronograma.....	100
Apêndice 3 - Plano da primeira sessão de formação	102
Apêndice 4 - Plano da segunda sessão de formação	104
Apêndice 5 - Suporte informático para primeira sessão formativa.....	106
Apêndice 6 - Suporte informático para segunda sessão formativa.....	116
Apêndice 7 - Questionários de avaliação formativa das sessões.....	128
Apêndice 8 - Fotografias da atividade participativa sobre a higiene das mãos.....	132
Apêndice 9 - Questionário de avaliação das sessões	134
Apêndice 10 - Suporte informático de divulgação do projeto à UCC	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Cadeia de transmissão das IACS e intervenções específicas em alguns elos da cadeia de transmissão	22
Figura 2 - Fatores do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	27
Figura 3 - Etapas do processo de planeamento em saúde	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População residente no município X por grupo etário	29
Gráfico 2 - Ordem de colocação do Equipamento de proteção individual	45
Gráfico 3 - Ordem de remoção do Equipamento de proteção individual	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Infecções/colonizações por MoMR do Centro Hospitalar X.....	36
Tabela 2 - Idade dos participantes	40
Tabela 3 - Tempo de trabalho cuidados formais	40
Tabela 4 - Formação sobre controlo de infeção	40
Tabela 5 - Distribuição do perfil de formação sobre controlo da infeção	41
Tabela 6 - Distribuição do perfil motivacional de formação sobre controlo da infeção.....	41
Tabela 7 - Perceção dos conhecimentos na área do controlo da infeção.....	41
Tabela 8 - Distribuição dos temas elegíveis para serem desenvolvidos numa formação	42
Tabela 9 - Classificação do desempenho por temas.....	43
Tabela 10 - Descrição das questões de verdadeiro/falso	44
Tabela 11 - Descrição das questões de escolha múltipla.....	45
Tabela 12 - Critérios de avaliação para a determinação de prioridades	48
Tabela 13 - Metas e indicadores.....	52
Tabela 14 - Estratégias do projeto de intervenção Comunitária	55
Tabela 15 - Atividades projetadas.....	59
Tabela 16 - Recursos materiais e financeiros	61
Tabela 17 - Indicadores de processo	63
Tabela 18 - Indicadores de resultado.....	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito do segundo estágio do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnico de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora. O estágio realizou-se no ano letivo de 2022/2023 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente ao distrito de Setúbal.

O controlo de infeção é uma temática prioritária na área da comunidade e saúde pública, pelo facto das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) serem representativas dos cuidados prestados e, com frequência, a causa direta de morbilidade e mortalidade nos idosos. O aumento da esperança média de vida, trouxe modificações nas políticas e dinâmicas de funcionamento dos diferentes serviços de saúde. Com o envelhecimento populacional, o número de utentes com dependência que necessitam de cuidados no domicílio também continua a aumentar. A identificação de necessidades permanentes de intervenção, no âmbito do controlo da infeção, remete para a relevância na abordagem dos cuidados prestados pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) através dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) aos utentes dependentes, por ação das Ajudantes de Ação Direta (AAD).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção, associada aos cuidados de saúde avança, em estudos internacionais, que cerca de 1/3 das infeções que são adquiridas no decurso da prestação de cuidados, são seguramente evitáveis. O mesmo documento refere que, as IACS, constituem atualmente uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

As IACS continuam a ser uma ameaça para a segurança dos utentes. Estudos coordenados pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) sobre a prevalência destas infeções em países da União Europeia (UE) revelam que, por dia, 98.000 doentes em ambiente hospitalar e 130.000 residentes em unidades de cuidados continuados tem pelo menos uma IACS, o que corresponde a 1 em cada 15 doentes nos hospitais e 1 em cada 26 nas unidades de cuidados continuados. Estima-se que, só na Europa, ocorram cerca de 8,9 milhões de infeções associadas aos cuidados de saúde por ano e que mais de metade são preveníveis (ECDC, 2018). Anualmente, mais de 670.000 infeções são causadas por bactérias resistentes a antibióticos sendo que 33.000 pessoas morrem por causa direta devido a estas infeções. Estes dados intensificam a preocupação, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) e ECDC, que consideram haver necessidade de desenvolver maior esforço

e investimento nesta área (ECDC, 2022). Em Portugal, de acordo com o relatório do programa prioritário do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA, 2017), em cada 100 doentes internados no hospital, 7,8 adquiriram uma infeção associada aos cuidados de saúde.

Nesta sequência, têm sido implementadas, em Portugal, estratégias que constituem forma de prevenir as IACS e, as precauções básicas de controlo de infeção têm vindo a evidenciar regras de boas práticas que se traduzem na diminuição do risco de infeções e de infeções cruzadas. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções, enquanto estratégia, tem-se revelado eficaz na redução das IACS ao longo dos anos. Contudo, estas estratégias têm sido concebidas e direcionadas para o setor da saúde, estando previsto o alargamento destas medidas na comunidade (DGS, 2017).

O enfermeiro de Enfermagem Comunitária desempenha um importante papel na UCC, com base nos seus conhecimentos e competências na área do planeamento, avaliação, prevenção e promoção da saúde, permitindo-lhe a capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018, (2018).

Pretendemos desenvolver as competências de enfermeiro especialista em ECSP, com base na metodologia do planeamento em saúde, contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades com base nos diferentes programas de saúde, respeitando os objetivos do plano nacional de saúde, e simultaneamente identificar necessidades da população.

Desta forma, propusemo-nos a desenvolver um projeto de intervenção comunitária numa UCC do distrito de Setúbal, tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993).

O projeto intitulou-se “Controlo de infeção: Práticas em ambiente domiciliário”, tendo como finalidade contribuir para a prevenção e o controlo de infeção na IPSS. Foi estabelecido, como objetivo geral do projeto: contribuir para a capacitação dos profissionais dos SAD da IPSS no âmbito das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).

Na realização do presente relatório procuramos descrever de forma clara e objetiva o percurso desenvolvido e enquadrar uma reflexão crítica acerca da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública bem como de Mestre.

O decurso do estágio I e estágio final permitiu o desenvolvimento, deste projeto, no período entre setembro de 2022 e janeiro de 2023 numa UCC. A elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, passa por identificar uma necessidade que abrange a população da UCC, onde decorreu o projeto, e que necessita de intervenção comunitária. São estabelecidas prioridades e definidas estratégias a implementar, que possam minimizar o

problema identificado, e consequentemente, adquirir competências de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde pública, na prevenção e promoção da saúde e na capacitação de grupos (Melo, 2020).

Este trabalho encontra-se dividido da seguinte forma: a introdução onde é apresentada a temática do projeto e a sua finalidade; o enquadramento teórico onde são desenvolvidos alguns conceitos, bem como a relação do modelo teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender para o desenvolvimento deste projeto.

Segue-se o desenvolvimento do projeto ao longo das fases da metodologia do planeamento em saúde com o diagnóstico de situação, a identificação dos principais problemas sendo destacadas as principais necessidades identificadas na comunidade, definidas prioridades e fixados objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a respetiva avaliação do processo.

Seguidamente, com recurso a uma análise com base nas experiências vivenciadas durante o estágio, será feita uma avaliação reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas que se enquadram nas competências comuns e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, bem como nas competências do grau de Mestre.

Por último serão explanadas as Considerações Finais, refletindo sobre o trajeto percorrido, as principais limitações e dificuldades que emergiram deste percurso e os principais ganhos resultantes deste projeto.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as Normas APA 7ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população à escala global tem-se mantido e intensificado ao longo dos anos. Estima-se que o número de idosos continue a aumentar em grande escala, e que, de 962 milhões em 2017 aumente para 3,1 mil milhões em 2100 (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019).

A necessidade de cuidados específicos e o investimento na manutenção dos idosos no seu domicílio tem lançado vários desafios na comunidade. As famílias que muitas vezes não tem disponibilidade de cuidar do idoso ou também apresentam limitações, invocam a necessidade de recorrer a outros cuidadores provenientes de instituições sociais (Figueiredo et al., 2021).

No sentido de clarificar conceitos inerentes ao tema em estudo procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica para obtenção de informação disponível sobre o tema. O resultado da pesquisa veio expor a importância da consciencialização do envelhecimento da população que requer maior preocupação e enfoque por parte da família e comunidade, no sentido de atingir cuidados de qualidade para esta população, permitindo a sua manutenção no domicílio.

1.1 - O envelhecimento

O envelhecimento é um processo que decorre de forma gradual e que remete a alterações biológicas, psíquicas e sociais graves (Cardoso, 2013).

No processo de envelhecimento são muitas as pessoas que não conseguem manter a sua autonomia ou a capacidade para perceber e lidar com situações no seu quotidiano. A manutenção da capacidade para realizar as suas tarefas de forma autónoma nas suas atividades de vida diárias é um requisito fundamental para que não haja necessidade de recorrer a ajuda de terceiros (Banza, 2012).

A sociedade atual reflete um envelhecimento demográfico que se tem evidenciado ao longo dos anos e Portugal não é exceção. Nos últimos 10 anos acentuou-se a diminuição do número de jovens, embora o inverso se tenha verificado na população idosa. Com o declínio da taxa de natalidade que em 2011 era de 9,2% e em 2020 passou para 8,2%, e o fenómeno inverso com o aumento da esperança média de vida de 79,8 anos para 80,7 anos de 2011 para 2020 respetivamente, dá-se origem a uma estrutura etária envelhecida (INE, 2021).

A longevidade da população surge como consequência dos progressos tecnológicos e da medicina, que contribuem para a melhoria das condições socioeconómicas. No entanto, apesar dessa importante conquista, o envelhecimento está também associado a uma maior

prevalência de doenças crónicas e dos níveis de dependência na população envelhecida. Esta dependência implica uma maior necessidade de cuidados de natureza física, emocional e/ou social (Sousa, 2011).

Acresce ainda que é esperado que esta tendência se mantenha e o aumento de pessoas idosas na população seja uma realidade cada vez mais significativa, impactando o número de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração que paralelamente se prevê aumentar. Isto implica um aumento de custos com a saúde e maior dificuldade, por parte do estado, em conseguir responder às necessidades da população (Martin & Brandão, 2012).

Associada a uma maior exigência de melhores cuidados, esta população está também inserida numa estrutura familiar cujos elementos adultos se encontram geralmente inseridos no mercado de trabalho. Consequentemente, são lançadas ao governo, às famílias e à sociedade no geral imposições e desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2006).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) contempla a manutenção da independência, da autonomia da qualidade de vida e a recuperação global da pessoa no seu ambiente natural (DGS, 2006).

Todavia, a permanência dos idosos no seu domicílio como abordagem preferencial, tornou-se um problema que afeta principalmente a família, uma vez que, os mais idosos necessitam de cuidados especiais, levando a que as famílias recorram a instituições como lares, centros de dia ou serviços de apoio domiciliário (Ribeiro et al., 2009).

1.2 - Os cuidadores e o cuidar

O crescimento da população envelhecida é evidente na sociedade, ao longo destes últimos anos, cria desafios na comunidade, impondo a participação de todos. O aumento desta população, que na presença frequente de doenças crónicas, limitações físicas e cognitivas requer necessidades específicas e permanentes, orienta com frequência à presença efetiva de outra pessoa que ajude a realizar as suas atividades de vida diárias, quando esta já não consegue (DGS, 2006). Para melhorar a qualidade de vida da população envelhecida, e de forma a promover a autonomia e a independência tendo em conta as suas limitações, o recurso a cuidadores torna-se necessário. O bem-estar dos idosos constitui assim uma preocupação que mobiliza diversos recursos como a família, múltiplas instituições e profissionais. Mediante as atuais estruturas familiares, o idoso é considerado atualmente um problema, pela indisponibilidade dos familiares lhe prestarem os cuidados, a proteção e a assistência de que necessita e merece (Figueiredo et al., 2021).

De acordo com Gordilho et al. (2000), cuidador é aquele que sendo ou não membro da família, com ou sem remuneração, cuida do idoso na realização das atividades de vida diárias, nomeadamente na alimentação, cuidados de higiene e conforto, mobilização, administração de medicamentos assim como no acompanhamento aos serviços de saúde. Trata-se de um elemento fundamental para a manutenção e melhoria da qualidade de vida do idoso (Gordilho et al., 2000, as cited in Colomé et al., 2011).

Martin (2005), ao referir-se a cuidador, faz distinção entre cuidador primário e secundário, consoante o tempo de prestação de cuidados. São considerados cuidadores primários os cuidadores que realizam mais de metade do cuidado informal que é recebido pelo idoso dependente. Aqui estão incluídos os cuidados de higiene e conforto, preparação da comida, lavagem da roupa, suporte financeiro, entre outros. Aos cuidadores secundários não é imputada a responsabilidade principal de cuidar do idoso dependente, mas ajudam e participam nos cuidados básicos de retaguarda ao cuidador principal. Estes cuidadores podem ser membros da família, vizinhos, ou algum amigo (Martin, 2005).

Outra classificação relativa aos cuidadores advém da relação entre os cuidados prestados e o cuidador. Assim, considera-se que o cuidado formal (atividade profissional) é realizado por profissionais qualificados (cuidadores formais) por considerar existir uma preparação prévia para o desempenho da atividade específica que desempenham, podendo ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de ação direta, entre outros. A atividade desempenhada varia de acordo com o contexto onde se encontram (como lares, serviços de apoio domiciliário e outros) pelo que, o cuidador formal, é distinguido pela prestação de serviços em contexto profissional através de instituições direcionadas para o efeito. Em contrapartida, o cuidado informal, prestado por cuidadores informais (familiares, amigos, vizinhos) surge com a prestação de cuidados em ambiente familiar, no domicílio, nos quais os cuidados são maioritariamente responsabilidade de um membro da família, de um amigo ou vizinho que presta os cuidados, normalmente sem remuneração, podendo ser assumidos de forma total ou parcial (Sequeira, 2007).

A denominação da atividade desenvolvida pelos profissionais dos SAD varia consoante a instituição para a qual desenvolvem a sua atividade. Denomina-se de ajudante familiar quando a sua atividade é praticada de forma independente ou em entidades privadas, de assistente operacional quando desempenhada nas entidades do estado, de ajudante familiar domiciliária se exercer funções na União das Misericórdias Portuguesas ou de ajudante de ação direta se o seu desempenho de funções for numa IPSS. Independentemente da denominação, o desempenho das suas funções é constante, desenvolvendo serviços de apoio e satisfação das necessidades do idoso dependente (Decreto-Lei nº 141/89 (1989).

A terminologia utilizada ao longo deste relatório dos profissionais dos SAD é a de

Ajudante de Ação Direta (AAD), por se tratar da nomenclatura utilizada pelas instituições participantes neste projeto que pertencem a uma IPSS.

As AAD colaboram na satisfação das atividades de vida diárias apoiando na concretização das necessidades do idoso dependente no seu dia a dia. Estes profissionais desenvolvem a sua atividade em contacto direto com os utentes pertencentes em simultâneo às IPSS e à comunidade.

A formação dos cuidadores torna-se essencial para realizar cuidados de qualidade ao idoso dependente, o que nem sempre acontece, carecendo de grande preocupação não só com o perfil de qualificação destes profissionais, mas também com a formação contínua e estabilidade na instituição. Muitas vezes, estes cuidados são prestados por profissionais sem que tenham alguma qualificação ou preparação para tal (Miguel, et al., 2007; Sampaio et al., 2011; Sousa & Menezes, 2015; Figueiredo et al., 2021).

Conhecer os profissionais que cuidam dos idosos permite, aos profissionais de saúde, o planeamento de programas e intervenções que orientem as práticas que possibilitem cuidar da saúde do idoso, ao invés de contribuir para que adoeça (Faleiros et al., 2017). As doenças que incapacitam, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade no idoso como descrito no PNSPI. No entanto, parte destas complicações podem ser evitadas ou adiadas consoante o plano de abordagem (PNSPI, 2006).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde propõe, enquanto estratégia, a promoção da literacia e capacitação dos profissionais e cidadãos, no sentido de se tornarem mais autónomos e responsáveis, quer pela sua saúde, quer pela saúde dos indivíduos que deles dependem. A literacia em geral remete para a oportunidade de adquirir competências e conhecimentos para os indivíduos compreenderem, e avaliarem as informações, capacitando para a tomada de decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de uma vida saudável (Arriaga, M., 2019).

1.3 - Serviços de Apoio Domiciliário (SAD)

As situações de dependência abrangem, pela sua complexidade e em grande parte dos casos, várias dimensões da pessoa, requerendo frequentemente a parceria de instituições que consigam dar resposta social a este acontecimento (Figueiredo et al., 2021).

Os SAD surgem como resposta social para que, pessoas com dependência na realização das suas atividades de vida diárias, possam ter acesso à satisfação de necessidades básicas e específicas da sua vida diária e sócio recreativa. É um serviço que é prestado no domicílio do idoso e que contribui para a promoção da sua autonomia e da prevenção de situações de

dependência, ou do seu agravamento. Este serviço está devidamente regulamentado pela Portaria n.º 38/2013 (2013), e é constituído por uma equipa de profissionais, com necessidades direcionadas para o cuidado ao idoso, que contribuem significativamente para a saúde das pessoas cuidadas. Esta equipa realiza as mais diversas tarefas que tem como principal finalidade a restituição da qualidade de vida ao idoso, através da prestação de cuidados de prevenção da doença, apoio emocional, administração de medicamentos, rotinas nos cuidados de higiene, acompanhamento na mobilização e alimentação, constituindo-se assim como elemento presente e essencial nos cuidados ao idoso na comunidade (Instituto da Segurança Social [ISS], 2017).

Este serviço tem como objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar;
- Garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida;
- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia (ISS, 2017).

O apoio social desenvolvido pelos SAD é então um sinónimo de aliança com vista a dar resposta às necessidades das pessoas idosas privilegiando a sua manutenção no seu ambiente familiar e social, promovendo assim o apoio ao idoso e à família.

Os SAD têm vindo a contribuir para manter os idosos no seu domicílio e evitar ou adiar a sua institucionalização. No entanto, manter os idosos no domicílio implica também a necessidade de prestação de cuidados mais específicos e complexos, surgindo novas questões relacionadas com o controlo de infeção. O facto de não ser conhecida a dimensão da prevalência de infeções na comunidade, leva várias organizações a implementar e desenvolver estratégias de vigilância, educação e prevenção de infeções associadas aos cuidados na comunidade (World Health Organization [WHO], 2021).

1.4 - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

Em 2022, a WHO definiu Infeção nosocomial ou infeção hospitalar como sendo uma infeção que ocorre durante a prestação de cuidados de saúde num hospital, e que não se encontrava em incubação no momento da admissão. Incluem-se também as infeções

adquiridas no hospital que só se manifestam após a alta (WHO, 2002).

Atualmente, face à necessidade de dar resposta à comunidade, os cuidados de saúde passaram a ser prestados não só pelas instituições de cuidados agudos, nomeadamente hospitais, mas também por outras instituições na comunidade como lares residenciais, ambulatório, assim como no domicílio dos utentes, sendo alterada a nomenclatura, infeção nosocomial, para infeção associada aos cuidados de saúde. O surgir destes novos cenários na prestação de cuidados criou a necessidade de ampliar as recomendações de prevenção e controlo de infeção durante a prática nestes ambientes (Pina & Peres, 2008).

As IACS são uma preocupação à escala mundial e um problema de Saúde Pública com implicações graves. Evidencia-se uma maior dificuldade no cuidado dos doentes e, para grande parte destes, consequente morbilidade e mortalidade associados também ao prolongamento dos internamentos hospitalares e ao aumento dos custos em saúde. O seu impacto é significativo e o impacto que tem nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade não deve ser menosprezado (DGS, 2017).

É provável que, muitas das infeções, não sejam passíveis de ser evitadas, contudo, um número significativo é possível de ser prevenido (Pina et al., 2019).

A cadeia de transmissão (Figura 1) é um modelo representativo do processo de transmissão de infeções. Para que a infeção ocorra os seis elos que constituem a cadeia devem estar presentes pela ordem sequencial. Assim, para que ocorra infeção, o processo inicia-se com a existência de um microrganismo com o potencial de provocar doenças no hospedeiro. Os microrganismos podem ser bactérias, vírus ou fungos e necessitam de um local ou reservatório onde sobrevivem e se reproduzem, como em superfícies, materiais, equipamentos, alimentos, etc. A via pela qual o microrganismo sai do reservatório designa-se como porta de saída. Pode ser através de um espirro, da pele, do sangue entre outros.

O microrganismo alcança o hospedeiro pela “via de transmissão” que pode ser direta ou indireta. Na via direta, o microrganismo alcança o hospedeiro diretamente através do contato com as mãos dos profissionais, por gotículas, através do espirro ou tosse ou então pelo ar através de partículas de aerossóis; na via indireta, existe um veículo intermediário como as superfícies ou equipamentos.

Por conseguinte o local por onde o microrganismo entra no hospedeiro refere-se à porta de entrada. São portas de entrada a boca, o nariz, a uretra, a pele, feridas e quaisquer outras vias, geralmente associadas à presença de fluídos biológicos ou gotículas.

Para que a cadeia esteja completa, é necessário a presença de um hospedeiro suscetível. Estas são, por norma pessoas vulneráveis às infeções, com mecanismos de defesa e competências fisiológicas diminuídas. Esta maior vulnerabilidade pode estar relacionada com fatores intrínsecos como diabetes, obesidade, imunossupressão, ou fatores extrínsecos

associados aos dispositivos médicos como cateteres, sondas vesicais, tubos endotraqueais, entre outros decorrentes da prestação de cuidados. No caso particular das IACS, salienta-se ainda a possibilidade dos microrganismos poderem não ser transmitidos diretamente entre dois hospedeiros através da existência de “reservatórios”, essencialmente superfícies, materiais, equipamentos, alimentos, entre outros, nos quais o microrganismo se mantém ativo até ser transportado para outro hospedeiro.

Esta cadeia é suscetível de ser quebrada em qualquer um dos elos através de medidas como higiene das mãos, utilização correta do equipamento de proteção individual (EPI), e um cuidado adequado na manipulação de roupa e resíduos entre outros (Pina et al.,2019).

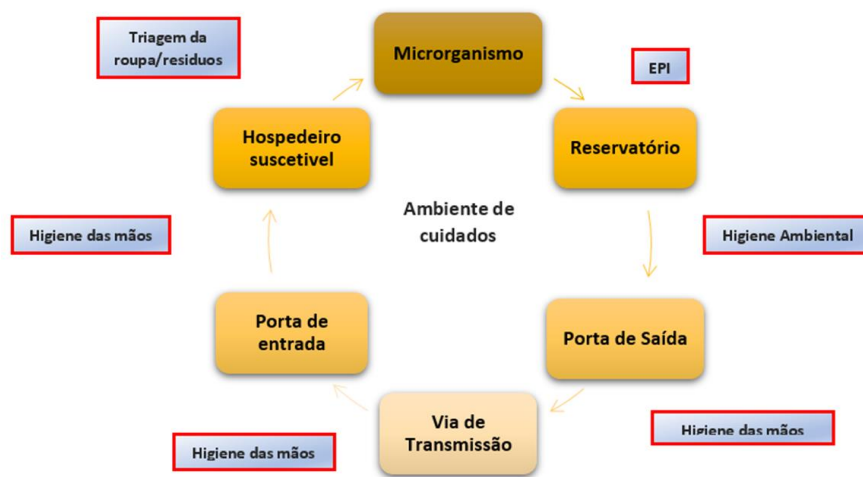


Figura 1 - Cadeia de transmissão das IACS e intervenções específicas em alguns elos da cadeia de transmissão

Fonte: adaptado de Pina et al. (2019)

A Joint Commission Institute For Healthcare Improvement (JCIHI) (2022) defende que, para a implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção é essencial o conhecimento que os profissionais de saúde devem ter sobre os fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos do paciente, que contribuem para a IACS. É através da obtenção desse conhecimento que é possível o planeamento e intervenção com o objetivo de reduzir as taxas de infeção ou até mesmo eliminar algumas infeções, como é o caso da infeção associada a alguns dispositivos invasivos (Pina et al., 2019).

De acordo com Sax et al. (2007) é comum que o termo IACS seja utilizado de uma forma geral e abrangente. Contudo, os mecanismos de transmissão de microrganismos patogénicos associados aos cuidados de saúde, podem originar ainda o fenómeno da colonização. A colonização está associada à presença do microrganismo sem resposta sintomática do hospedeiro e sem invasão tecidual, enquanto que a infeção, na presença do microrganismo,

produz uma resposta sintomática inflamatória pela invasão tecidual que ocorre. O mesmo autor faz referência à maior frequência da colonização como resultado, o que contribui para o aumento da resistência antimicrobiana e de reservatórios. No entanto, os mecanismos de transmissão podem dar origem a infeções, podendo estas ser causadas por microrganismos do qual o utente já era portador (colonização), principalmente se o hospedeiro se encontra vulnerável ao agente ou se o agente aceder a uma localização anatómica vulnerável (Sax et al., 2007).

1.5 - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

A OMS apoia a necessidade de investir na prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde primários. A necessidade de fortalecer a implementação de medidas preventivas direcionadas para os recursos existentes torna-se imperativa. No entanto, considera ser uma área especialmente desafiante pelos recursos muitas vezes existentes e pelas mais diversas realidades com que as unidades de cuidados de saúde primária se defrontam (WHO, 2021).

As PBCI são um conjunto de medidas difundidas nas unidades de saúde, que tem como principal foco a quebra da cadeia de transmissão de infeção. Essas medidas devem ser cumpridas pelos profissionais que prestam cuidados de saúde.

Em Portugal, o PPCIRA surge como um programa prioritário da DGS que tem como principais objetivos a diminuição das IACS, assim como ao incentivo de uma utilização correta de antibióticos possibilitando a diminuição da taxa de microrganismos multirresistentes. O aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos inviabilizam a qualidade dos cuidados e são uma ameaça à saúde dos utentes considerado um problema de saúde pública, de acordo com a WHO (2021). Como estratégia para contornar esta situação, são promovidas intervenções de melhoria de qualidade descritas no Relatório anual do Programa prioritário do PPCIRA com enfoque na educação e comportamentos (DGS, 2022).

As PBCI foram promovidas inicialmente pelo PPCIRA, em 2014, como estratégia para diminuição de infeções. Neste seguimento, a implementação de medidas de prevenção no controlo de infeção é também da responsabilidade de cada profissional de saúde e não apenas dos profissionais de PPCIRA. É, portanto, essencial que, os profissionais, sejam capacitados na obtenção de conhecimento que permita a realização de práticas que vão ao encontro destas medidas, e que permitam alcançar uma melhoria nos cuidados de saúde. A recomendação para a implementação de medidas de prevenção no controlo de infeção deve ser feita de forma gradual, e com base numa prévia avaliação de atividades locais. A identificação dos recursos existentes e disponíveis podem ser direcionados para um plano de

ação de melhoria adaptado ao contexto local (DGS, 2022).

A pandemia por COVID-19 expôs à escala mundial muitas lacunas no que concerne às práticas de Prevenção e Controlo de Infeção (PCI), mas também proporcionou a oportunidade de melhoria de resposta através das medidas de prevenção e controlo de infeção (WHO, 2021).

Independentemente do local onde sejam prestados os cuidados, as medidas de precaução básicas devem ser praticadas. Das PBCI fazem parte dez componentes emitidas pela DGS (2013), na norma 029/2012:

1 - Colocação de doentes - doentes com maior risco de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize o risco;

2 - Higiene das mãos - é considerada uma das medidas mais simples, eficaz e económica durante a prestação de cuidados que, sendo realizada, contribui para a redução de infeções cruzadas. Estas medidas incluem a manutenção de unhas curtas, limpas, sem verniz nem extensões. As mãos deverão estar desprovidas de adornos, os cortes e abrasões devem estar protegidos com penso impermeável e o fardamento deve ter mangas cujo comprimento permita manter os antebraços expostos permitindo a sua higiene.

A higiene das mãos deve ser realizada antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos /assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, após contactar com o doente ou com a unidade do mesmo e após a remoção do Equipamento de Proteção Individual (EPI), aplicando assim os cinco momentos para a higiene das mãos.

3 - Etiqueta respiratória - é composta por um conjunto de medidas a cumprir com vista à contenção das secreções respiratórias, minimizando a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou gotículas como cobrir a boca e nariz ao tossir ou espirrar ou utilização de lenço de uso único.

4 - Utilização de EPI - proporcionando a proteção adequada aos profissionais, de acordo com o procedimento a realizar. A sua utilização permite garantir a segurança não só do profissional, mas também do utente. São EPI as luvas, batas, aventais, óculos, entre outros.

5 - Descontaminação do equipamento clínico - o equipamento pode ficar contaminado com fluidos orgânicos ou agentes infecciosos contribuindo para a infeção cruzada pelo que, deve ser descontaminado adequadamente, cumprindo as recomendações do fabricante, garantindo que não contêm microrganismos que possam ser transmitidos.

6 - Controlo ambiental - inclui a limpeza e manutenção ambiental onde prevalece a necessidade de um ambiente livre de objetos que possa dificultar a sua limpeza, e que deve ser realizada regularmente.

Superfícies onde se verifica o contacto frequente podem ser contaminadas mais vezes constituindo um reservatório de microrganismos, sendo essencial sua limpeza com maior

frequência.

7 - Manuseamento seguro da roupa - toda a roupa usada deve ser considerada como contaminada, manuseada e acondicionada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o profissional.

8 - Recolha segura de resíduos - resíduos provenientes dos cuidados devem ser triados e acondicionados junto ao local onde foram produzidos.

9 - Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

10 - Exposição a agentes microbianos - os profissionais estão expostos a fluidos orgânicos e sangue que contém agentes causadores de infecções. Devem conhecer os procedimentos em caso de exposição (DGS, 2013; Pina et al., 2019).

1.6 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Na realização do projeto de intervenção comunitária tivemos como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. Os profissionais de saúde fazem parte do ambiente interpessoal, que influencia as pessoas ao longo do seu ciclo de vida. A promoção da saúde é motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e realizar o potencial humano onde as pessoas têm a capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a valorização das suas próprias competências (Tomey, 2002).

Definiu-se promoção da saúde como o processo com vista a aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades, pelo envolvimento na sua capacitação, de forma a controlarem e obterem ganhos em saúde. (Carta de Ottawa, 1986), o que ainda hoje é defendido num paradigma salutogénico.

Em 2004, Laverack descreve que, na promoção da saúde, o empowerment e o poder revelam-se suportes essenciais para a saúde individual e comunitária. Os promotores de saúde tornam os indivíduos e as comunidades aptos a alterar comportamentos e condições de vida, e consequentemente a sua saúde. Poder e empowerment definem-se assim como conceitos chave, dando um sentido global e intersectorial à promoção da saúde (Laverack, 2004).

Como profissionais, o recurso à utilização de modelos e teorias conceptuais de enfermagem que possibilitam compreender os problemas, pela abordagem da ciência da Enfermagem, admite aos enfermeiros melhorarem a perceção do problema e consequentemente adequar e sustentar intervenções, tornando-os melhor documentados para dar resposta a essas questões (Sakraida, 2014)

A elaboração de um plano com vista à promoção da saúde será mais eficaz quando vai

ao encontro das necessidades dos indivíduos (McEwen & Wills, 2014).

O MPS, desenvolvido por Nola Pender, firma-se num contexto simples e claro que explora fatores que influenciam os comportamentos de saúde nas perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental. Com base no MPS, os enfermeiros podem conceber ações, através da educação e do desenvolvimento pessoal, que permitam aos indivíduos, grupos, famílias e comunidade em geral, desenvolverem recursos que as motivem a adotarem comportamentos saudáveis (McEwen & Wills 2014).

Este modelo surge assim como um guia na elaboração de um planeamento, intervenção e avaliação, que motivam o desenvolvimento de recursos que possibilitem capacitar, manter ou intensificar o bem-estar da pessoa. O MPS de Nola Pender permite ajudar os enfermeiros a compreender os principais fatores determinantes de comportamentos de saúde. Com vista a promover estilos de vida e ambientes saudáveis, este modelo integra o envolvimento e responsabilização do indivíduo na seleção consciente dos comportamentos e estilos de vida com vista à melhoria da sua saúde (Pender, 2015).

Neste modelo estão dispostas três grandes componentes: as características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento; e o resultado do comportamento.

A primeira componente (características e experiências individuais) requer que os enfermeiros entendam os fatores pessoais do indivíduo. Incluem-se os fatores biológicos como a idade, sexo, os fatores psicológicos como a autoestima, automotivação, competências pessoais, autoperceção de saúde e conceções pessoais de saúde e os fatores socioculturais como a etnia, educação, aculturação e status socioeconómico.

Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, centram-se no impacto direto na motivação do indivíduo para a mudança. O desejo que o indivíduo tem de mudança pode ser afetado por fatores diretos ou indiretos como as influências interpessoais (expectativas dos outros em relação a si, a observação dos comportamentos dos outros, assim como os conhecimentos e crenças que rodeiam os indivíduos), as influências situacionais (a perceção e conhecimento pessoal de qualquer situação ou circunstância pode facilitar ou dificultar o comportamento), os benefícios da ação percebidos (os resultados positivos presumidos acontecerão como resultado do comportamento), as barreiras percebidas à ação (ao adotar determinado comportamento que bloqueios reais ou fictícios e custos pessoais surgem), a autoeficácia percebida (capacidade do indivíduo realizar o comportamento proposto, manuseando as barreiras percebidas à ação) e a sentimento relacionado com a ação (os sentimentos positivos ou negativos face ao comportamento influenciam a autoeficácia percebida, ou seja, quanto mais positivo for o sentimento face ao comportamento, maior é o sentimento de eficácia).

O resultado do comportamento demanda a identificação de estratégias específicas para fazê-lo com sucesso. Comportamentos alternativos invadem a consciência como cursos de ação imediata antes da ação pretendida para um comportamento de saúde desejado. A intenção de realizar determinado comportamento de saúde é tanto maior quanto o compromisso do indivíduo.

Na adoção de novos comportamentos estas componentes influenciam as ações dos indivíduos (McEwen & Wills, 2014) (Figura 1).

O envolvimento e interação destas três componentes remete para os comportamentos promotores de saúde (Sakraida, 2014).



Figura 2 - Fatores do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
Fonte: Adaptado de Sakraida (2014)

A educação para a saúde dos indivíduos é fundamental para promover a sua capacitação, potenciar decisões em saúde conscientes e determinantes para a adoção de práticas com vista a ganhos em saúde. Somente se o indivíduo tiver um papel central e ativo neste processo, poderá assumir as suas escolhas de forma consciente. Promover a sua capacitação possibilita que cada um adquira as ferramentas que necessita para que as suas tomadas de decisão sejam devidamente esclarecidas e conscientes.

Neste trabalho a teoria de promoção da saúde pode ser aplicada para ajudar a prevenir infeções, pelo envolvimento dos profissionais em práticas de controlo de infeção em contexto domiciliário e confere ferramentas para tomadas de decisão no cuidado aos utentes. Os

utentes podem assim beneficiar do apoio e envolvimento dos profissionais do SAD em contexto domiciliário de acordo com as práticas de controlo de infeção.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

2.1 - Caracterização geodemográfica

O presente projeto é desenvolvido num concelho pertencente ao distrito de Setúbal, integrado na Área Metropolitana de Lisboa.

Tem uma área de 31,6 km² e é constituído por oito freguesias, onde residem 78359 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Com base em dados do INE (2021), o município onde foi desenvolvido o projeto contava, em 2011, com uma população ativa (25-64 anos) de 43.112 indivíduos, passando em 2021 para 39.769. Contrariamente, na faixa etária dos 65 anos e mais, tinha em 2011, 17.011 indivíduos, aumentando para 20.027 em 2021. Estamos na presença de uma tendência evolutiva da população envelhecida contra a diminuição da população em idade ativa.

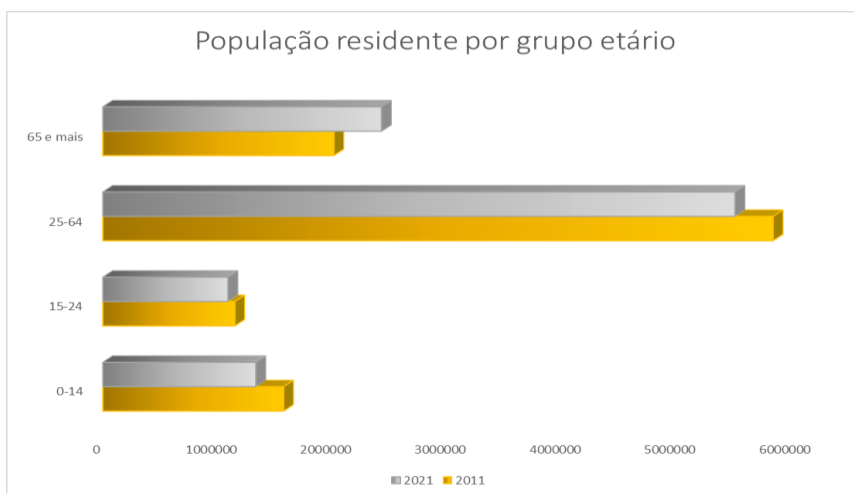


Gráfico 1 - População residente no município X por grupo etário
Fonte: INE, 2021

Das freguesias que constituem o município, apenas duas delas atingiram um aumento da sua população residente em 1,4% e 0,5%. As demais freguesias, constituíram a realidade inversa, em que registaram uma variação de -1,1% e -0,3%.

Relativamente ao agregado familiar, no concelho prevalece o núcleo familiar constituído por dois elementos ou um elemento apenas em detrimento de famílias constituídas por três ou mais pessoas, verificando-se núcleos familiares cada vez menores, com poucos filhos e com a população idosa mais isolada.

De acordo com os dados validados pelo INE (2021) são 76.181 os utentes abrangidos

pela UCC onde realizamos os estágios, e apresentam índice de dependência que atinge um total de 66,06%. Da percentagem efetiva do índice de dependência 21,45% são jovens e 44,61% são idosos. Estes números confirmam tratar-se de uma população em que, mais de metade são dependentes e idosos o que leva a um aumento do risco de contrair doenças.

2.2 - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC onde decorreram os estágios e onde foi realizado o projeto tem como foco a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção e atingir ganhos em saúde o que vai ao encontro do cumprimento da missão do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde está inserida.

Foi criada em 2011 sendo atualmente constituída por uma equipa de onze enfermeiros, dos quais três generalistas, um especialista em Saúde Mental, dois especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, três especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, um especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A UCC funciona 365 dias no ano e pratica o horário das 8h-18h durante a semana, estando sempre escalado um elemento aos fins de semana e feriados com o horário das 9h-16h.

Como está definido pelo Despacho n.º 10143/2009 (2009), a UCC tem como objetivo a continuidade, qualidade e a melhoria dos cuidados prestados, e incide em várias áreas nomeadamente na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, sempre como principal atenção as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família.

Como plano para maximizar a qualidade dos cuidados prestados, a UCC mobiliza os recursos necessários dos profissionais que compõem as várias unidades como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que é constituída por assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, higienista oral e terapeuta da fala.

A UCC dinamiza uma vasta carteira de serviços que concedem o acesso mais adequado à população. São várias as áreas de atuação que incluem, entre outros projetos, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que envolve as 43 escolas do Concelho; Curso de Preparação para o Parto/Parentalidade/Recuperação pós-parto/acompanhamento de

grávidas/puérperas/recém-nascidos de risco; Intervenção precoce a crianças com atraso no desenvolvimento; Comissão de Proteção de crianças e Jovens (CPCJ), Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA);

A população abrangida pela UCC conta também com um centro hospitalar de referência sendo com o qual que articula predominantemente, e também articula similarmente com outros hospitais da região metropolitana de Lisboa.

Numa lógica de articulação e parceria de recursos outras IPSS, Segurança Social, unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Câmara Municipal e, respetivas Juntas de Freguesia também desenvolvem trabalho conjunto e articulado com a UCC em resposta às necessidades da comunidade.

3. METODOLOGIA E PLANEAMENTO EM SAÚDE

A importância do planeamento em saúde prende-se pela necessidade em identificar problemas que possibilitem a elaboração de um plano de intervenção adequado que permita uma resposta mais eficiente na problemática existente (Tavares, 1990; Melo, 2020).

O recurso ao planeamento da saúde implica também a utilização de aptidões profissionais especializadas, e ao trabalho em equipa pluridisciplinar, pela complexidade crescente das técnicas que a constituem. Na procura de mudanças no comportamento das populações, é elementar o recurso à metodologia e planeamento em saúde, com vista a atingir os objetivos fixados, no sentido de reduzir ou resolver problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este trabalho tem por base a Metodologia do Planeamento em Saúde, que se divide em três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. É elaborado um diagnóstico de situação, de onde emergem as necessidades/problemas priorizados, seguidamente são fixados os objetivos e selecionadas estratégias. Segue-se a elaboração de programas/projetos assim como a preparação para a sua execução. É então colocado em execução, durante um determinado período, sendo posteriormente avaliadas as atividades implementadas, pela medição e análise das metas e indicadores previamente estipulados. Isto permitirá compreender se foram ou não alcançados os objetivos estipulados e tivemos ganhos em saúde, sendo este um processo cíclico que pode ser reestruturado com vista à sua melhoria. A figura 3 ilustra as várias etapas do planeamento em saúde descritas anteriormente.

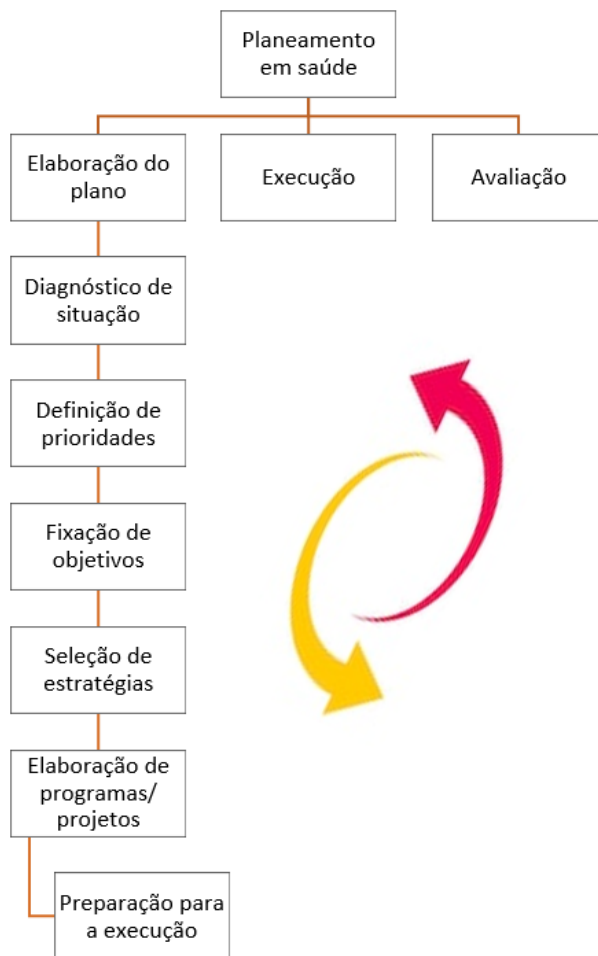


Figura 3 - Etapas do processo de planeamento em saúde
Fonte: adaptado de Melo (2020) baseado em Imperatori e Giraldes (1993).

3.1 - Diagnóstico de situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é elaborar o diagnóstico de situação com vista a identificar os principais problemas e necessidades da população em estudo (Tavares, 1990). É o enfermeiro especialista em ECSP a quem está atribuído o dever do desenvolvimento e execução do diagnóstico de situação (Melo, 2020).

A epidemiologia é necessária pois permite caracterizar o problema. São várias as fontes a considerar na elaboração do diagnóstico de situação pelo que a capacidade de articulação dos dados analisados com as determinantes sociais e de saúde são necessárias (Melo, 2020).

3.1.1 - Contextualização epidemiológica

As IACS continuam a ser uma ameaça para a segurança dos doentes. Estudos

coordenados pelo ECDC em países da UE sobre a prevalência destas infeções revelam que por dia, 98.000 doentes em ambiente hospitalar e 130.000 residentes em unidades de cuidados continuados tem pelo menos uma IACS, o que corresponde a 1 em cada 15 doentes nos hospitais e 1 em cada 26 nas unidades de cuidados continuados.

Estima-se que, só na europa, ocorram em cada ano 8,9 milhões de infeções associadas aos cuidados de saúde e que mais de metade são preveníveis (ECDC, 2018).

Uma das medidas consagradas pelo ECDC para prevenir as IACS é a prevenção e controlo da infeção. São vários os países que participam na implementação da prevenção e controlo da infeção. Dos 162 países, 11% relatam que não tem qualquer programa e 54% refere que tem programas nacionais de PCI (prevenção e controlo de infeção), mas que ainda não estão, ou que estão a ser implementados apenas em algumas unidades de saúde. Apenas 34% referem ter um programa de PCI implementado em todo o país, mas só 19% tem um sistema que permite monitorizar a sua eficácia e cumprimento (ECDC, 2018).

De acordo com o relatório global sobre prevenção e controle de infecções da OMS, uma grande percentagem de países (75%) refere que as estratégias de melhoria multimodal são consideradas muito importantes sendo utilizadas como principal estratégia na educação e treino das medidas de controlo de infeção e também como a melhor abordagem para a sua implementação (WHO, 2022). Com recurso a estas estratégias educativas e inovadoras que promovem a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde, as PBCI têm vindo a evidenciar regras de boas práticas que se traduzem na diminuição do risco de infeções e de infeções cruzadas.

O relatório do programa prioritário do PPCIRA (2021) evidencia um aumento do cumprimento das PBCI em 6,5% entre 2015 e 2020. No período compreendido entre 2019 e 2020, “a colocação de doentes, após avaliação do risco individual do doente para a infeção” foi onde se verificou maior aumento do cumprimento (em 15%), na “etiqueta respiratória (em 12,5%), no “controlo ambiental” (em 8,2%) e na utilização de EPI (em 7,9%).

Outros resultados positivos que se destacam foram referentes à higienização das mãos, com o aumento do consumo de Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA) em 148% nos hospitais públicos, 318% nos privados, 63% nas unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) e 330% nos cuidados de saúde primários (CSP).

Por outro lado, a utilização dos antimicrobianos de forma desadequada, muitas vezes prescrita de forma empírica, sem estudo microbiológico ou até mesmo com resultados negativos contribui para o aumento da sua resistência, resultando em que um em cada três bactérias relacionadas com as IACS são resistentes aos antimicrobianos utilizados (ECDC, 2018).

Anualmente mais de 670.000 infeções são causadas por bactérias resistentes a

antibióticos, sendo que 33.000 pessoas morrem por causa direta devido a estas infeções. Estes dados continuam a ser causa de grande preocupação na saúde pública na região europeia da OMS.

Na UE, a vigilância epidemiológica das bactérias com resistência antimicrobiana mostram um aumento significativo de *E.coli* e *Klebsiella pneumoniae* com resistência aos carbapenemos e de *Enterococcus fecal* com resistência à vancomicina, no período de 2016-2020 (ECDC, 2022).

A resistência dos microrganismos aos antibióticos põe em causa a eficácia dos tratamentos das infeções por microrganismos multirresistentes (MoMR). Desta resistência emerge a diminuição de antimicrobianos disponíveis no mercado que consigam tratar as infeções. Estes dados intensificam a preocupação por parte da OMS e ECDC que consideram haver necessidade de desenvolver maior esforço e investimento nesta área. A vigilância dos microrganismos multirresistentes faz parte integrante deste esforço (ECDC, 2022).

Dados do relatório do programa prioritário do PPCIRA divulgam que, em cada 100 doentes internados no hospital, 7,8 adquiriram uma infeção associada aos cuidados de saúde. Estes dados revelam uma descida de 2,7 pontos percentuais comparativamente a 2016 (DGS, 2017).

De acordo com o relatório do inquérito de prevalência de ponto nos hospitais de agudos de 2021, em Portugal, os microrganismos mais frequentemente isolados em IACS foram, por ordem decrescente: *Escherichia coli* (18,3%), *Klebsiella pneumoniae* (15,6%) e *Staphylococcus aureus* (12,7%) (DGS, 2022).

O programa de prevenção e controlo de infeção tem-se mostrado eficaz na redução das IACS ao longo dos anos. A vigilância epidemiológica é realizada em contexto hospitalar, no entanto não há dados que mostrem a real dimensão das IACS na comunidade.

Dados fornecidos da vigilância epidemiológica realizada pela UL-PPCIRA do Centro Hospitalar X, em contexto da sua instituição hospitalar, divulgam o número de infeções/colonizações isoladas nos doentes tratados naquela instituição por MoMR, no período de janeiro a agosto de 2022 (Tabela 1).

	N.º de infeções/Colonizações por MoMR no período de janeiro a agosto de 2022					
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES	HOSPITALA R	COMUNIDADE	LAR/ UCCI	OUTRO HOSPITAL	COLONIZAÇÃO DE ORIGEM DESCONHECIDA	TOTAL POR MOMR
Escherichia coli	24	55	24	2	0	105
Klebsiella pneumoniae	60	65	27	1	0	153
Enterobactereaceas CRE	12	8	4	1	27	52
Pseudomonas aeruginosa	38	17	13	0	1	69
Stenotrophomonas maltophilia	9	1	0	0	0	10
Staphylococcus aureus (MRSA)	21	27	5	0	0	53
Enterococcus Resistentes à Vancomicina (VRE)	1	2	0	0	0	3
Clostridium difficile	3	8	1	0	0	12
Total por origem	168	183	74	4	28	

Tabela 1 - Infeções/colonizações por MoMR do Centro Hospitalar X

Fonte: UL-PPCIRA do Centro Hospitalar X

Verifica-se que no período de janeiro a agosto de 2022 na vigilância epidemiológica realizada, identificaram-se 168 infeções adquiridas em contexto hospitalar, 183 infeções/colonizações provenientes da comunidade, 74 de lar/UCCI, 4 com origem em outro hospital e 28 colonizações de origem desconhecida.

Os microrganismos mais frequentemente isolados foram, por ordem decrescente: *Klebsiella pneumoniae* (153), *Escherichia coli* (105), *Pseudomonas aeruginosa* (69), *Staphylococcus aureus* (MRSA) (53), Enterobactereaceas CRE (52), *Clostridium difficile* (12), *Stenotrophomonas maltophilia* (10) e Enterococcus Resistentes à Vancomicina (VRE) (3). À semelhança dos dados do relatório de prevalência, os MoMR com maior número de isolamentos identificados nesta instituição são também a *Klebsiella pneumoniae* e *E.coli*. Estes dados espelham também um maior o número de infeções com origem na comunidade em relação às que são adquiridas em ambiente hospitalar, provenientes de lares ou UCCI.

Estes valores retratam apenas as infeções tratadas no Centro Hospitalar X por MoMR, não havendo um valor estimado do número destas infeções que na realidade possa existir na comunidade, assim como o número de colonizações que, após a alta, regressam à comunidade, transportando o MoMR, constituindo uma preocupação com a população desta região.

Portugal, caracterizado pelo envelhecimento demográfico (INE, 2021), com uma população envelhecida e dependente, leva a um aumento do risco de contraírem doenças. De acordo com os dados do Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) o município X, revela um índice de dependência que atinge um total de 66,06% dos quais 44,61% são idosos (SNS, 2022).

Pittet et al. (2008), referem que não se conhece a dimensão do problema das IACS na prestação de cuidados fora dos hospitais pelo que, as IACS constituem hoje, uma epidemia silenciosa. As medidas de prevenção e controlo de infeção têm vindo a ser promovidas nos profissionais de saúde. No entanto, como medida alargada, a ECDC considera o envolvimento da comunidade uma mais-valia com foco na obtenção de ganhos em saúde (ECDC, 2022).

3.1.2 - População e amostra

Uma população é, segundo Fortin (1999), como o conjunto de indivíduos com características comuns, previamente definidas com critérios de inclusão e exclusão, na qual o investigador está interessado, e que irão definir que sujeitos serão incluídos no estudo.

O mesmo autor define a população alvo como “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. Os critérios de inclusão na amostra referem-se às características básicas dos elementos da população. Na impossibilidade de estudar toda a população,

a parte da população alvo que é possível ter acesso é a população acessível. Não sendo possível estudar a população completa, o investigador seleciona uma amostra representativa da população e determina o seu tamanho. De acordo com os mesmos autores, uma amostra é “a fração da população que constitui o objeto de estudo” (Fortin, 1999).

O cenário deste estudo decorreu num município pertencente ao distrito de Setúbal, desenvolvido em uma IPSS, com a amostra de 21 AAD, de um universo de 24, a exercerem funções naquela instituição. Foram estipulados como critérios de inclusão todas as AAD a exercerem funções na instituição e que quisessem participar no estudo. Teve como critérios de exclusão as AAD que se encontrassem ausentes da instituição no período de 4 a 11 de outubro.

3.1.3 - Instrumento para recolha de dados e questões éticas

No contexto da prática clínica tornou-se necessário desenvolver um instrumento de avaliação conciso, direcionado aos profissionais dos SAD, sem pôr em causa a validade e fidelidade do mesmo. O desenvolvimento de um instrumento de avaliação é um processo complexo de executar e exige a mobilização de um conjunto de capacidades e de conhecimentos. Foi realizado um levantamento bibliográfico obtendo suporte para a sua construção, relativamente à aparência, estrutura e conteúdos. A edificação do instrumento foi realizada tendo como base as PBCI que integram a prática dos cuidados em contexto domiciliário. Para a validação do instrumento determinou-se o recurso a um painel de peritos com vista a tornar o instrumento mais específico, credível, válido e fidedigno.

Os critérios considerados para a escolha dos peritos foram: ter experiência clínica de pelo menos 20 anos, pertencer à área de formação de enfermagem e médica e ter mínimo o título de Mestre, terem experiência e formação na área de controlo de infeção, experiência metodológica na construção de questionários e sem envolvimento prévio no estudo. Para a sua análise, foi disponibilizado a cada um dos peritos, o instrumento construído com uma grelha de apreciação acompanhada de um espaço para sugestões e/ou observações, com vista à avaliação de cada item. A análise pelos peritos teve em consideração a avaliação global do questionário quanto à sua estrutura e organização, assim como a avaliação de cada item em particular, quanto à sua relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade. Dessa avaliação emergiu a reestruturação de alguns dos conteúdos. O instrumento de colheita de dados de Perceção e conhecimento dos profissionais dos SAD sobre as PBCI, na sua versão final, passou a ser constituído por

15 perguntas fechadas de caracterização social, de experiência profissional, de formação e de perceção e conhecimento sobre controlo de infeção (Apêndice 1).

O olhar da ética deve ser uma preocupação presente em todas as etapas do processo de investigação.

O processo ético é desenvolvido encorpando todas as decisões, no que respeita ao processo de decisão para os cuidados (contexto clínico) e para a produção de conhecimento, no contexto científico (Melo, 2020).

Durante a realização do estudo foram respeitados os procedimentos éticos e legais para a sua aplicabilidade.

A escolha do estudo, a sua pertinência, a autenticidade científica, a escolha da amostra, a relação risco-benefício, a garantia de respeito pelos direitos dos participantes, nomeadamente o consentimento informado, esclarecido e livre, o anonimato e a sua proteção de dados, em todas as etapas do processo, são requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto. (Nunes, 2020).

As principais fontes utilizadas na obtenção de dados foram o INE, o SNS, DGS e a OMS.

De forma a cumprir as questões éticas para o desenvolvimento deste projeto, foi pedida autorização para consulta e utilização dos dados de vigilância epidemiológica do PPCIRA do Centro Hospitalar (CH) (Anexo 1) onde está inserida a população abrangida pela UCC com parecer favorável (Anexo 2) e pedida autorização à IPSS para colaborar no projeto (Anexo 3), com resposta favorável (Anexo 4).

O preenchimento do questionário decorreu com o consentimento informado dos respetivos participantes nas instalações da instituição mantendo o anonimato dos mesmos. O tratamento dos dados fundamentou-se na metodologia de análise quantitativa pela interpretação dos números e percentagens obtidas.

3.1.4 - Apresentação e análise dos resultados

A abordagem quantitativa constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos, e permitem assegurar uma representação da realidade refletida do fenómeno em estudo (Fortin, 1999).

Os 21 AAD que responderam ao questionário são todos do género feminino e 16 encontram-se na faixa etária acima dos 40 anos (Tabela 2).

IDADE	n.º de respostas
Menos de 30 anos	1
Entre 30 e 40 anos	4
Entre 40 e 50 anos	8
Mais de 50 anos	8
Total	21

Tabela 2 - Idade dos participantes
Fonte: Elaboração própria

Em termos de experiência profissional, são 7 AAD com experiência na área dos cuidados formais, entre 5 a 10 anos e 8 AAD com experiência há mais de 10 anos (Tabela 3).

TEMPO DE TRABALHO CUIDADOS FORMAIS	n.º de respostas
Menos de 1 ano	3
1 a 5 anos	3
5 a 10 anos	7
Mais de 10 anos	8
Total	21

Tabela 3 - Tempo de trabalho cuidados formais
Fonte: Elaboração própria

Relativamente à formação na área de controlo de infeção, 14 dos 21 AAD referem nunca ter realizado formação nesta área (Tabela 4), e dos 7 que realizaram, 6 deles foi há mais de 5 anos (Tabela 5). Destaca-se que a grande maioria (17 AAD) gostaria de receber formação regularmente sobre controlo de infeção (Tabela 6).

FORMAÇÃO SOBRE CONTROLO DE INFEÇÃO	n.º de respostas
Sim, na instituição	5
Sim, fora da instituição	2
Não, nunca realizei	14
Total	21

Tabela 4 - Formação sobre controlo de infeção
Fonte: Elaboração própria

HÁ QUANTO TEMPO REALIZOU FORMAÇÃO SOBRE CONTROLO DA INFEÇÃO	n.º de respostas
Menos de 5 anos	1
Mais de 5 anos	6
Total	7

Tabela 5 - Distribuição do perfil de formação sobre controlo da infeção
Fonte: Elaboração própria

GOSTARIA DE RECEBER FORMAÇÃO REGULARMENTE SOBRE CONTROLO DA INFEÇÃO	n.º de respostas
Sim	17
Não	1
Indiferente	3
Total	21

Tabela 6 - Distribuição do perfil motivacional de formação sobre controlo da infeção
Fonte: Elaboração própria

No que concerne aos princípios básicos de controlo de infeção, 7 AAD consideram que as aplicam quase sempre, 4 consideram que aplicam sempre e 9 afirmam não terem conhecimentos suficientes sobre controlo de infeção (Tabela 7).

SOBRE CONTROLO DE INFEÇÃO... TENHO CONHECIMENTO SUFICIENTE E...	n.º de respostas
Não aplico	0
Raramente aplico	1
Aplico às vezes	0
Aplico quase sempre	7
Aplico sempre	4
Não tenho conhecimento suficiente	9
Total	21

Tabela 7 - Perceção dos conhecimentos na área do controlo da infeção
Fonte: Elaboração própria

Face à necessidade de formação, 7 das AAD elegeram como temas preferenciais a serem abordados numa formação a higiene das mãos, seguido de 6 AAD com o tema

da utilização do EPI, 3 elegeram a limpeza e descontaminação de superfícies e 2 AAD a etiqueta respiratória como tema preferencial. Os temas manuseamento e acondicionamento da roupa, manuseamento e acondicionamento de resíduos e limpeza e descontaminação de material foram os temas de menor eleição pelas AAD, tendo sido obtida uma resposta para cada tema (Tabela 8).

TEMA QUE GOSTARIA MAIS DE VER DESENVOLVIDO NUMA FORMAÇÃO	n.º de respostas
Higiene das mãos	7
Etiqueta respiratória	2
Utilização do EPI	6
Manuseamento e acondicionamento da roupa	1
Manuseamento e acondicionamento de resíduos	1
Limpeza e descontaminação de material	1
Limpeza e descontaminação de superfícies	3
Total	21

Tabela 8 - Distribuição dos temas elegíveis para serem desenvolvidos numa formação
Fonte: Elaboração própria

As áreas com maior dificuldade no desempenho identificadas com grau 4 e 5, foram a limpeza e descontaminação de superfícies, com 14 respostas, a colocação do EPI com 12, a higiene das mãos com SABA e a identificação dos 5 momentos para a higiene das mãos tiveram igualmente 11 respostas, a remoção do equipamento e a etiqueta respiratória também ambas com 7 respostas (Tabela 9).

ÁREA DE MAIOR DIFICULDADE NO DESEMPENHO		
	Classificação	
	4	5
	Frequência	
Higiene das mãos com solução anti séptica de base alcoólica (SABA)	8	3
Identificação dos 5 momentos para higiene das mãos	9	2
Etiqueta respiratória	5	2
Escolha do EPI	3	2
Colocação do EPI	9	3
Remoção do EPI	3	4
Manuseamento da roupa	2	1
Acondicionamento da roupa	2	1
Manuseamento de resíduos	3	1
Acondicionamento de resíduos	1	2
Limpeza e descontaminação de material	3	2
Limpeza e descontaminação de superfícies	7	7
Higiene oral	3	1
Cuidados com a pele (manutenção e integridade)	3	1

Nota. Frequência da Classificação (1 sem dificuldade e 5 com muita dificuldade)

Tabela 9 - Classificação do desempenho por temas

Fonte: Elaboração própria

Nas questões de verdadeiro/falso verificam-se lacunas no conhecimento relacionado com a higiene das mãos e controlo ambiental. Foram 10 as AAD que consideram verdadeira a afirmação “Não faz mal usar adornos (fios, pulseiras, colares, anéis, etc.) desde que use SABA no final da realização dos cuidados” e 11 AAD consideraram a afirmação como sendo falsa; 8 AAD responderam ser verdadeira a afirmação. “A utilização de unhas de gel/gelinho aumenta o risco de transmissão de infeções” e apenas 1 considerou ser falsa, no entanto 12 AAD não sabem ou não respondem à afirmação. Da afirmação “No caso de derrame de fluido orgânico (urina) devo colocar imediatamente por cima hipoclorito de sódio (lixívia) para desinfetar”, foram 11 as AAD que responderam que a afirmação é verdadeira, 2 consideram falsa e 8 responderam não sabe /não responde. Na última questão de verdadeiro/falso, “O hipoclorito de sódio (lixívia) puro na desinfeção é mais eficaz do que diluído em água”

13 AAD responderam ser verdadeiro, 3 responderam ser falso e 5 não sabe/não responde (Tabela 10).

NÃO FAZ MAL USAR ADORNOS (FIOS, PULSEIRAS, COLARES, ANÉIS, ETC.) DESDE QUE USE SABA NO FINAL DA REALIZAÇÃO DOS CUIDADOS	
Verdadeiro	10
Falso	11
A UTILIZAÇÃO DE UNHAS DE GEL/GELINHO AUMENTA O RISCO DE TRANSMISSÃO DE INFEÇÕES	
Verdadeiro	8
Falso	1
Não sabe/ não responde	12
NO CASO DE DERRAME DE FLUIDO ORGÂNICO (POR EXEMPLO: URINA) DEVO COLOCAR IMEDIATAMENTE POR CIMA HIPOCLORITO DE SÓDIO (LIXÍVIA) PARA DESINFETAR	
Verdadeiro	11
Falso	2
Não sabe/ Não responde	8
O HIPOCLORITO DE SÓDIO (LIXÍVIA) PURO NA DESINFECÇÃO É MAIS EFICAZ DO QUE DILUÍDO EM ÁGUA	
Verdadeiro	13
Falso	3
Não sabe/Não responde	5

Tabela 10 - Descrição das questões de verdadeiro/falso
Fonte: Elaboração própria

As questões de resposta de escolha múltipla revelam o incumprimento de ordem correta de colocação e remoção EPI e de princípios básicos de controlo ambiental. São 16 as AAD que consideram a ordem de colocação correta na prestação de cuidados ao doente a máscara, luvas e avental e 17 as que consideram que a ordem correta para retirar o EPI é o avental, as luvas e a máscara (Tabela 11). Estas respostas são reforçadas com a ordem de ação escolhida pelas AAD de colocação do EPI. Assim como ordem de ação na colocação do EPI estas profissionais consideram como primeira ação higienizar as mãos, seguida de colocar a máscara, as luvas, a bata e por último o protetor ocular (Gráfico 2) e consideraram como ordem inversa (Gráfico 3), ou seja, para

remoção do EPI, a bata, seguida do protetor ocular, as luvas, higienizar as mãos, retirar a máscara e por fim higienizar as mãos.

NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE COLOCO PRIMEIRO...	Frequência
Máscara, avental e luvas	5
Máscara, luvas e avental	16
Na prestação de cuidados ao doente retiro primeiro...	
Avental, luvas e máscara	17
Luvas, avental e máscara	4
Quando troco os lençóis da cama...	
Agito o lençol rapidamente para o abrir	19
Desdobro o lençol ordenadamente para o abrir	2

Tabela 11 - Descrição das questões de escolha múltipla

Fonte: Elaboração própria

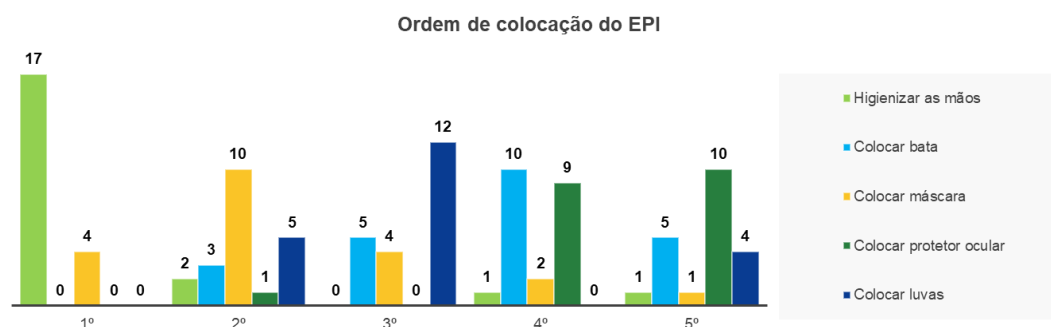


Gráfico 2 - Ordem de colocação do Equipamento de proteção individual

Fonte: Elaboração própria

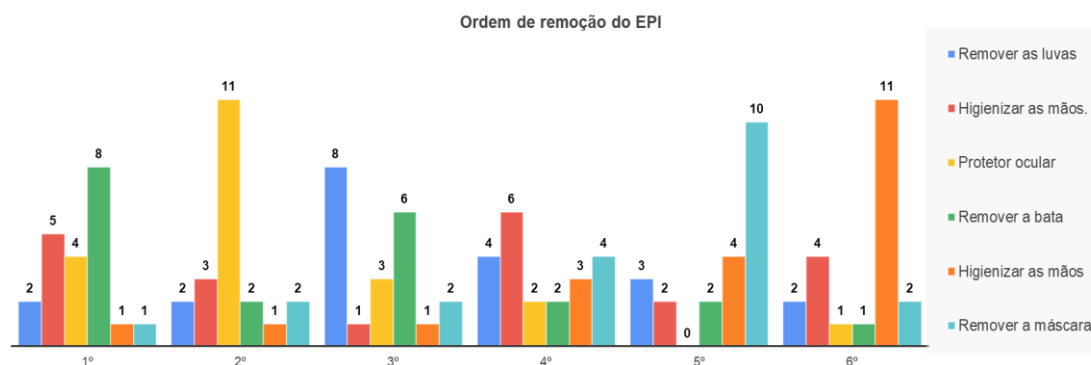


Gráfico 3 - Ordem de remoção do Equipamento de proteção individual

Fonte: Elaboração própria

Deste modo, com a análise dos dados, verifica-se que a maioria destas AAD se encontra na prestação de cuidados há mais de 5 anos, o que revela a existência de profissionais com experiência na área da prestação de cuidados.

São 14 as AAD que referem nunca ter tido formação na área de controlo de infeção, e as que realizaram, foi há mais de 5 anos, sendo, portanto, compatível com uma formação não atual. No geral não consideram ter conhecimento suficiente nesta área, no entanto destaca-se a importância atribuída ao tema controlo de infeção, o que indica necessidade de mais conhecimentos por parte das AAD, possibilitando a capacitação para prestarem melhores cuidados (Sousa, 2011). A formação contínua dos profissionais confere ferramentas, para a sua prática diária, de prevenção e controlo de infeção e conduz a uma melhoria contínua da qualidade de vida, mortalidade e morbilidade dos utentes a quem prestam cuidados, pela redução de possíveis infeções por microrganismos multirresistentes na comunidade (Pina & Peres, 2008).

Constata-se défice de conhecimentos e informação sobre medidas de segurança com a higiene das mãos. As AAD expressam maior dificuldade no desempenho da técnica, princípios de higienização das mãos e identificação dos 5 momentos. A expressão desta barreira por parte destas profissionais, juntamente com a identificação da higiene das mãos como uma das áreas preferenciais elegidas para desenvolver em formação, constitui intenção de melhorar esse desempenho. Esta intenção deixa espaço para intervenções promotoras de melhoria de conhecimentos e de competências facilitadoras do comportamento desejado (Tomey, A., & Allygood, M., 2004).

No entanto, Swanson e Jeanes (2011) remetem para no contexto da prática em saúde, a adoção de medidas de prevenção e controlo da infeção não depende apenas da formação ou educação dos profissionais, mas está também diretamente ligado à formação do profissional, da pessoa, da sua atitude, princípios e valores.

O tema limpeza e descontaminação de superfícies evidenciou-se, não só como uma dificuldade sentida pelas AAD no seu desempenho, mas também, se destacou pelo défice de conhecimentos nesta área. A carência de informação sobre este tema, indica que, a privação de medidas fundamentais como a limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente, corrompem o controlo da qualidade do mesmo. Também a falta de condições ambientais surge, como principal barreira, à implementação de medidas de controlo de infeção nos cuidados domiciliários, como descreve Swanson e Jeanes (2011), o que pode contribuir de forma significativa para o aumento da IACS.

Desta forma, as AAD deparam-se com mais e maiores dificuldades no desenvolvimento das suas funções, auferindo possíveis consequências na sua qualidade de vida e na de quem prestam cuidados.

As AAD também revelam défice de conhecimentos, técnica e procedimento sobre o uso do EPI, indicando um aumento do potencial de infeções cruzadas. Remete, assim, para a capacitação e orientação destas profissionais para o uso correto do EPI com vista a majorar a segurança dos profissionais e utentes.

Um estudo realizado por Coelho (2022) sobre os fatores que determinam a adesão ao uso do EPI, revela que a responsabilidade, o conhecimento das consequências, as intervenções educacionais e o feedback em tempo real promovem a utilização de EPI. Por sua vez, fatores como idade, patologias, falta de treino e avaliação, falta de conhecimento e insegurança inibem a adesão à sua utilização.

A identificação de determinado problema está diretamente relacionada com a necessidade de saúde. Esta necessidade identificada, orienta para o que deve ser feito para que o problema seja solucionado.

A análise e interpretação dos dados fizeram emergir as carências de formação das AAD do SAD, possibilitando a realização de intervenções eficazes, levando em consideração as necessidades destas profissionais. Assim, foram identificados os seguintes problemas de acordo com os temas avaliados:

A - Conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e indicações)

Dificuldade desempenho técnica de higienização mãos

Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e momentos)

Défice de conhecimento sobre indicações para a higienização das mãos pelo método de fricção antisséptica;

B - Conhecimento sobre as componentes dos princípios básicos de limpeza

Dificuldade sentida na limpeza e descontaminação de superfícies

Défice de conhecimentos sobre limpeza/remoção de derrames

Carência de informação sobre as componentes dos princípios básicos de limpeza

C - Conhecimentos/técnica/procedimento sobre EPI (colocação e remoção)

Défice de conhecimentos sobre EPI (colocação e remoção)

D - Dificuldade sentida sobre etiqueta respiratória

E - Conhecimento sobre manuseamento de roupa

Défice de conhecimento sobre manuseamento de roupa

Contudo, não é exequível resolver todos os problemas identificados. Desta forma surge a relevância na definição de prioridades que viabilizem colmatar as necessidades mais urgentes. Da escolha dos critérios e a sua valorização resultará uma lista de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.2 - Determinação de prioridades

Imperatori e Giraldes (1993), remetem para a importância de priorização dos problemas considerados mais importantes, com recurso a determinantes específicos e criteriosos devidamente estruturados que permitam a priorização.

Com base em critérios de Magnitude (dimensão do problema), Transcendência (importância segundo os grupos etários) e Vulnerabilidade (possibilidade de prevenção e melhoria do problema através da nossa intervenção) enumerados por Imperatori e Giraldes (1993) e Melo (2020), foram elaboradas as tabelas para avaliação e determinação de prioridades:

GRELHA DE PONDERAÇÃO				
	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
A - Conhecimentos sobre as medidas de segurança (higiene das mãos, princípios e momentos)	3	3	3	9
B - Conhecimentos sobre as componentes e princípios básicos de limpeza	3	3	3	9
C - Conhecimentos sobre EPI (colocação e remoção)	3	2	2	7
D - Dificuldade sentida sobre etiqueta respiratória	2	3	2	7
E - Conhecimento sobre o manuseamento da roupa	3	1	1	5

Legenda: Nível 1: Pouco prioritário, Nível 2: Medianamente prioritário e Nível 3: Muito prioritário

Tabela 12 - Critérios de avaliação para a determinação de prioridades

Fonte: Elaboração própria

Assim, após aplicação da grelha de ponderação, consideram-se como prioritários os problemas com maior pontuação:

- Conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e momentos);
- Conhecimento sobre as componentes dos princípios básicos de limpeza;
- Conhecimentos sobre EPI (colocação e remoção);
- Dificuldade sentida sobre etiqueta respiratória.

3.3 - Fixação de objetivos

Posteriormente à determinação de prioridades determinam-se os objetivos. Estes devem ser claros, mensuráveis e pertinentes que possibilitem uma avaliação correta à posteriori (Tavares, 1990). Os objetivos bem estruturados permitem determinar um percurso mais claro no estabelecimento de estratégias. Assim, tendo como finalidade promover a prevenção e o controlo de infeção, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação dos profissionais dos SAD da IPSS X no âmbito das PBCI

Objetivos específicos:

- Promover os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)

- Aumentar o conhecimento dos profissionais dos SAD relativamente à etiqueta respiratória

Realizado o diagnóstico de situação e definidos os problemas prioritários são fixados os objetivos a atingir e estabelecidas metas para cada um dos objetivos, considerando os respetivos indicadores para que permitam medir a alteração verificada num determinado problema (Imperatori & Geraldès, 1993), tal como apresentamos na tabela seguinte:

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES
Promover os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD convocados estejam presentes nas sessões de educação para a saúde sobre PBCI	n.º de profissionais do SAD presentes nas sessões de educação para a saúde sobre as PBCI/n.º total de profissionais do SAD convocadosx100
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 3 das questões sobre os princípios de higiene das mãos (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre a higiene das mãos/n.º total de questões respondidas relativamente aos princípios de higiene das mãos x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)	Que 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde sobre o uso de EPI respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o uso EPI (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre o uso de EPI/n.º total de questões respondidas relativamente ao uso do EPI x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)

(continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o controlo ambiental. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre o controlo ambiental/n.º total de questões respondidas relativamente ao controlo ambiental x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)
Aumentar os conhecimentos dos profissionais dos SAD atribuem relativamente à etiqueta respiratória	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente às 2 questões sobre etiqueta respiratória. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de 2 respostas respondidas corretas/n.º total das 2 questões respondidas etiqueta respiratória x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)

Tabela 13 - Metas e indicadores

Fonte: Elaboração própria

3.4 - Seleção de estratégias

A seleção das estratégias é um passo fundamental para o sucesso de um projeto de intervenção comunitária. É com esta etapa que se pretende conceber qual é o processo mais adequado para atingir e minimizar os problemas de saúde prioritários.

Esta etapa é determinada pela constituição de um conjunto de medidas objetivas e devidamente estruturadas que permita atingir os objetivos concebidos na etapa anterior (Imperatori & Geraldles, 1993).

Melo (2020) menciona que o sucesso para o alcançar das metas e produção de indicadores dependem da forma rigorosa com que foram planeadas as estratégias de intervenção, portanto, quanto maior a exigência na elaboração das estratégias de intervenção, maior será a hipótese atingir e concretizar as metas e indicadores propostos.

A escolha das estratégias deve ter em conta, segundo Tavares (1990), quatro parâmetros: os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e desvantagens de cada estratégia. Em muitos casos a seleção de estratégias obriga a uma revisão das mesmas pela falta destes recursos.

Para este projeto de intervenção foram delimitadas estratégias que integram a educação e promoção para a saúde, o desenvolvimento de parcerias, o envolvimento comunitário, dinâmica e envolvimento dos profissionais e promoção das PBCI.

A WHO (2012) define a educação para a saúde como “todas e quaisquer combinações de experiências de aprendizagem desenvolvidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento, ou, influenciando as suas atitudes”.

Pender (2011) considera que a educação para a saúde é fundamental no processo de promoção para a saúde, e consequentemente assume um papel fundamental para ser alcançada na comunidade. É fundamental que o indivíduo assuma um papel central e ativo neste processo, o que lhe permite assumir a adoção de comportamentos de forma consciente e determinante.

Para a participação ativa dos indivíduos nas ações e comportamentos com vista a melhorar a sua saúde, torna-se condição a capacitação dos mesmos com vista a controlar a saúde individual e coletiva na obtenção de ganhos em saúde.

O envolvimento e o interesse do indivíduo estão diretamente implicados na aproximação com o profissional, cujo objetivo prende-se com a construção de uma

relação de confiança que permita valorizar as ações e o empenho dos indivíduos durante este processo (Cardoso et al., 2013).

O envolvimento comunitário direcionado para a promoção da saúde deve centrar-se na inclusão, coesão e desenvolvimento de confiança. A OMS define o envolvimento comunitário como “um processo de desenvolvimento de relações que permite às partes interessadas trabalharem em conjunto para abordar questões relacionadas com a saúde, promover o bem-estar e alcançar ganhos em saúde. O papel do agente de mudança é promover conhecimentos e ações que permitam aos indivíduos tornarem-se mais proativos nas suas escolhas. Pelo desenvolvimento de competências pessoais, através da informação e educação, confere-lhes o aumento das opções disponíveis para exercerem maior controlo nas suas escolhas que conduzam à obtenção de saúde para todos. (WHO, 2020).

No processo de envolvimento das comunidades, para tomadas de decisão condicionantes da saúde, o desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação surge como uma estratégia que possibilita consolidar conhecimentos e competências para alcançar ganhos em saúde. Estes materiais correspondem a várias formas de partilha de informação como posters, folhetos, vídeos, cartazes, dinâmicas de grupo, entre outros. É fundamental a escolha da técnica de comunicação mais adequada para a comunidade alvo com base em uma estratégia de marketing social em saúde. O marketing social orienta para o sucesso da adoção de comportamentos e promoção das ideias que firmam o desenvolvimento da saúde (Melo, 2020).

Nesta linha de pensamento, a tabela 15, que se segue, esquematiza a pertinência, vantagens e desvantagens das estratégias utilizadas.

ESTRATÉGIAS	PERTINÊNCIA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Desenvolver parcerias	Divulgação do projeto	Obtenção de recursos/ patrocínios/criação de redes de cooperação e partilha	Carece de preparação prévia de burocracia. Possível indisponibilidade
Formação e educação para a saúde	Contribuição para o empoderamento dos profissionais do SAD. Transmissão de conhecimentos e informação.	Recurso acessível, eficaz e passível de ser económico. Aumento da informação e conhecimentos sobre o tema.	Dependente da autorização da instituição e recetividade e motivação dos profissionais para participarem
Processo de comunicação e marketing	Disseminação de informação	Recurso acessível. Permite a partilha de conteúdos a qualquer altura	Implica trabalho contínuo ao nível da motivação e conteúdo.
Dinâmica e envolvimento dos profissionais	Participação e envolvimento dos profissionais	Facilidade comunicação. Permite a partilha de informação	Dependente da disponibilidade e motivação e recetividade dos profissionais

Tabela 14 - Estratégias do projeto de intervenção Comunitária
Fonte: Elaboração própria

3.5 - Preparação operacional

Esta fase do planeamento requer a preparação da execução das estratégias que foram definidas previamente. Nesta etapa, são projetadas, de forma detalhada, as atividades necessárias para a realização das estratégias. As atividades devem ser estabelecidas em função dos objetivos definidos. A especificação detalhada das atividades consiste na sua preparação pormenorizada, descrevendo como cada uma delas deverá ser feita, onde, como e quem a executará. A elaboração de um cronograma de atividades e estruturação dos recursos necessários para a sua execução são incluídos neste processo. (Imperatori & Giraldes, 1993).

Desta forma, passaremos à descrição desta fase deste projeto.

3.5.1 - Intervenções e actividades

As atividades planificadas devem ser definidas de acordo com os objetivos estabelecidos. O não cumprimento implicaria desperdício de recursos.

As atividades devem ser desenvolvidas tendo como critérios: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, finalidade da ação e casualmente o custo da atividade (Tavares, 1990).

As atividades projetadas e a sua implementação foram conferenciadas com a Sr.^a enfermeira orientadora assim como com a Coordenação da instituição para que pudessem ser ajustadas à realidade da instituição e dos profissionais.

É de salientar que as atividades foram adaptadas ao horário das funcionárias para facilitar a participação ativa nas atividades previstas.

De modo, a facilitar a leitura e perceção global das intervenções, as atividades foram projetadas e sistematizadas, de acordo com a tabela 16, que se segue:

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	FINALIDADE DA AÇÃO
Reunião com a equipa de enfermagem da UCC	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio; Enfermeira responsável pela UCC	1-15junho	UCC	Apresentação do projeto e pedido de colaboração para o desenvolvimento do projeto	Envolvimento da equipa.
Reunião com coordenação da instituição	Enfermeira mestranda; Diretora executiva da instituição	1-15junho	Instituição X	Apresentação do mestrando como responsável do projeto. Apresentação dos objetivos do projeto e finalidade; Apresentação dos possíveis benefícios de colaborar no projeto. Pedido de colaboração para desenvolver o projeto	Dar a conhecer o projeto Reunir contributos para o projeto Cimentar a parceria para realização do projeto

(continuação)

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	FINALIDADE DA AÇÃO
Aplicar questionário de diagnóstico de situação junto da população alvo	Enfermeira mestranda	4 a 11 outubro	Instituição X	Entrega dos questionários em papel e em suporte informático presencialmente e aos funcionários	Reunir dados para elaboração de diagnóstico de situação.
Reunião com Coordenação da instituição	Enfermeira mestranda e directora executiva da instituição X	Novembro	Instituição X	Apresentação dos resultados e reunir contributos para o projeto	Promover parceria Definir estratégias para implementação do projeto Colaboração no desenvolvimento do projeto
Divulgação junto dos profissionais dos resultados	Enfermeira mestranda	Novembro	Instituição X	Apresentação dos resultados e reunir contributos para o projeto	Dar a conhecer os resultados e a finalidade do projeto

(continuação)

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	FINALIDADE DA AÇÃO
Convocação dos profissionais para sessão de educação para a saúde	Enfermeira mestranda	Novembro	Instituição X	Entrega de convocatória para sessão de educação para a saúde	Promover adesão dos profissionais
Elaboração de planos de sessão de educação para a saúde para os profissionais da instituição sobre PBCI	Enfermeira mestranda	Novembro	Instituição X	Elaboração do plano da sessão Realização da formação Realização de dinâmica participativa com os profissionais	Promover a capacitação dos profissionais relativamente às PBCI

Tabela 15 - Atividades projetadas

Fonte: Elaboração própria

3.5.2 - Recursos necessários

Obtendo-se uma listagem das atividades, é realizado o plano, com identificação dos recursos necessários, assim como o plano orçamental para os mesmos. Para a implementação do projeto, e de forma a torná-lo exequível, é imperativo determinar o custo financeiro inerente ao mesmo, com a definição dos recursos humanos, materiais e físicos (Imperator & Giraldes, 1993).

O custo de cada atividade passa pelos materiais utilizados, o tempo gasto por cada profissional, suportes logísticos, aquisições, equipamentos, as contribuições da entidade proponente, ou seja, tudo quanto gasta. Este projeto foi desenvolvido em contexto académico, não existindo qualquer tipo de financiamento. Foram utilizados os recursos disponíveis pré-existent na instituição X, na UCC e da própria mestranda.

Desta forma, surge a tabela 17 com a discriminação dos recursos necessários e respetivos custos associados às estratégias e intervenções descritas previamente:

RECURSOS	ESPECIFICAÇÃO	CUSTO UNITÁRIO	QUANTIDADE	CUSTO TOTAL	FINANCIAMENTO
Recursos humanos	Enfermeiros	8€/h	150horas	1200€	UCC
Recursos materiais	Viatura + combustível	0,4€/km	54Km	21,60€	Mestranda
	Material economato: papel (resma), canetas	3,99€	1 unidade	3,99€	Mestranda
		0,65€	2 unidades	1,30€	Mestranda
	Material informático: fotocópias computador impressora tinteiro videoprojetor	0,10€	120 unidades	12€	Mestranda/ instituição
		750€	1	750€	Mestranda
		100€	1	100€	Mestranda
		30€	1	30€	Mestranda
		600€	1	600€	Instituição
Recursos físicos	Instalações da instituição (eletricidade, sala de formação, sala de reuniões)				Instituição
Custo total	2718€				

Tabela 16 - Recursos materiais e financeiros

Fonte: Elaboração própria

3.5.3 - Cronograma de atividades

A elaboração de um cronograma permite-nos representar todas as atividades e acontecimentos de um projeto, estabelecendo as diversas inter-relações entre todos os aspetos envolvidos na sua execução. As programações correlacionam duas variáveis: o tempo e as atividades. O detalhe na especificação do cronograma permite definir exatamente qual a sequência dos acontecimentos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste seguimento foi elaborado um cronograma geral a cumprir ao longo do projeto estabelecendo a visualização, planeamento e controlo das atividades realizadas (Apêndice 2).

3.6 - Avaliação

A última etapa do planeamento em saúde refere-se à avaliação, que deve ser precisa e pertinente. Nesta etapa, é feito um julgamento sobre as estruturas, os processos e os resultados dos serviços (Tavares, 1990).

A avaliação remete-nos para a comparação, em simultâneo, dos progressos alcançados com as atividades, com a situação inicial, e com os objetivos e metas estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

A sua finalidade é determinar o grau de sucesso, no alcance dos objetivos, mediante um julgamento baseado em critérios e normas, como os indicadores (Tavares, 1990). A maior parte dos elementos utilizados na avaliação são os indicadores. É através destes que conhecemos a realidade e medimos se os objetivos foram alcançados (Pinault, 2016).

No decurso do tempo de estágio foram delineadas e implementadas estratégias com o foco de dar resposta ao objetivo deste projeto - Contribuir para a capacitação dos profissionais dos SAD da IPSS X no âmbito das PBCI.

Segundo Melo (2020) após a avaliação dos resultados, são analisadas as metas estabelecidas, de forma a verificar se foram ou não atingidas. Esta revisão implica uma finalidade operativa, possibilitando a aplicação de medidas corretivas, e o processo de planeamento em saúde reinicia-se, para a continuidade e melhoria dos cuidados à comunidade.

Para a operacionalização desta etapa, procedeu-se à definição de indicadores de processo (Tabela 18) para monitorização das atividades desenvolvidas e avaliação dos resultados. Os objetivos terão sido submetidos a avaliação, por indicadores de

resultado, na perspetiva de verificar se as metas previamente estabelecidas para cada objetivo foram atingidas, como apresentado na tabela 19.

ATIVIDADES	META	INDICADOR	AVALIAÇÃO/RESULTADO
Reunião com coordenação da instituição X	Realizar 100% das reuniões para apresentar o projeto de intervenção, os dados de diagnóstico e os resultados aos responsáveis da instituição	n.º de reuniões realizadas / n.º de reuniões previstas	(3/3*100) Meta atingida (realizaram-se todas as reuniões previstas)
Aplicar o questionário de diagnóstico de situação junto da população alvo no período de 4 a 11 de outubro	Que o questionário seja entregue a 100% dos funcionários em serviço no período estipulado	n.º de questionários entregues/ n.º funcionários em serviço no período estipulado	(21/21*100) Meta atingida (foram entregues os questionários a todos os funcionários em serviço no período estipulado)
Elaborar sessões de educação para a saúde para os profissionais da instituição X	Apresentar 100% das sessões de educação para a saúde aos profissionais da instituição X	n.º de sessões realizadas/n.º de sessões previstas	(2/2*100) Meta atingida (foram realizadas 2 sessões de educação para a saúde aos profissionais da instituição X)

Tabela 17 - Indicadores de processo

Fonte: Elaboração própria

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES	RESULTADOS
Promover conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD convocados estejam presentes nas sessões de educação para a saúde sobre PBCI.	n.º de profissionais do SAD presentes nas sessões de formação sobre as PBCI/n.º total de profissionais do SAD convocados x100	18/21*100 = 80,9% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 4 das questões sobre os princípios de higiene das mãos. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 4 ou mais respostas corretas/n.º total de questionários de avaliação formativa respondidos x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	16/18*100 = 88,8% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)	Que 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde sobre o uso de EPI respondam corretamente a pelo menos 3 das questões sobre o uso EPI (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 3 ou mais respostas corretas, sobre o uso de EPI/n.º total de questões colocadas relativamente ao uso do EPI x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	17/18*100 = 94,4% Meta atingida

(continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES	RESULTADOS
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o controlo ambiental. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 2 ou mais respostas corretas/n.º total de questões respondidas relativamente ao controlo ambiental x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	$18/18 \times 100$ = 100% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais dos SAD atribuem relativamente à etiqueta respiratória	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente às 2 questões sobre etiqueta respiratória. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 2 ou mais respostas corretas /n.º total de questões respondidas relativamente a etiqueta respiratória x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	$18/18 \times 100$ = 100% Meta atingida

Tabela 18 - Indicadores de resultado
Fonte: Elaboração própria

Através da análise dos dados apresentados, verifica-se que os objetivos foram atingidos na totalidade.

O momento de promoção do conhecimento sobre as PBCI a todos os profissionais presentes foi conseguido e mantido.

Foram elaborados planos de formação e realizadas sessões de formação para a saúde onde foram abordadas as temáticas relativamente às PBCI, higiene das mãos, EPI, controlo ambiental e etiqueta respiratória, considerando as práticas em contexto domiciliário. Para atingir este objetivo, foi promovida a disseminação da informação sobre a realização das sessões de formação com o respetivo plano de formação e temática de cada um deles a todos os profissionais. Foram convocados para estas sessões de formação os 21 profissionais por meio de convite pessoal, aos profissionais que se encontravam a exercer funções durante aquele período, tendo estado presentes nas sessões 18 elementos dos 21. Os 3 não presentes encontravam-se na sua folga. No que se refere ao nível de conhecimentos demonstrados pelos profissionais face às várias temáticas abordadas durante as sessões de formação, estes demonstraram a aquisição de conhecimentos em todas as temáticas. Verifica-se, desta forma, que as metas e os indicadores de resultado foram atingidos, o que nos permite afirmar que o objetivo geral considerado foi atingido. Todavia, reforçamos a necessidade da continuidade da promoção do conhecimento no âmbito das PBCI em contexto domiciliário. A destacar a presença de profissionais que desempenham funções no centro de dia que manifestaram interesse em assistir às sessões e lhes foi possibilitado também o momento de aprendizagem. Incluída nas sessões de educação para a saúde, foi realizada uma atividade participativa, dos elementos presentes nas sessões, onde realizaram a técnica de fricção das mãos com SABA com flúor, e expostas a luz negra, onde puderam verificar as áreas das mãos onde fizeram a fricção, mas também as áreas onde a fricção não foi realizada. Esta atividade teve adesão total e criou grande impacto nos participantes que observaram as áreas mais frequentemente esquecidas de fricção nas suas mãos. A experiência de alguns participantes de vestir e despir o equipamento de proteção individual de forma refletida e corrigida no momento conferiu a consciencialização de algumas práticas previamente não refletidas. A criação de momentos de partilha e confiança com os profissionais, permitiu que manifestassem algumas práticas presentes e de que forma podiam ser ultrapassadas.

O plano de ação para a literacia em saúde (2022) inclui a promoção do conhecimento e a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde. A promoção da adoção de comportamentos promotores da saúde da população

e a disponibilização das ferramentas para este fim, apresentam-se como um desafio de saúde pública em Portugal.

3.7 - Divulgação/Follow up do projeto

Na elaboração de um projeto de intervenção pressupõe-se a sua continuidade. Neste sentido, encarar o planeamento em saúde como um processo cíclico e dinâmico em que da avaliação se retorna à primeira fase do planeamento, permite atualizar o diagnóstico da situação e melhorar a informação disponível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste processo, as várias formas de partilha de informação e divulgação do projeto são essenciais para permitir o seu seguimento.

O projeto e respetivos resultados foram divulgados e disponibilizados à equipa da UCC, bem como o plano de formação com as formações sobre os vários temas abordados nas mesmas, permitindo a sua atualização e replicação futuras.

As apresentações realizadas aos profissionais foram, também, disponibilizadas à IPSS instituindo fonte de conhecimento disponível para consulta dos profissionais.

Prevê-se a formalização de um artigo científico do diagnóstico de situação, a ser partilhado em eventos técnico-científicos.

3.8 - Outras atividades desenvolvidas

A mestranda participou no 4º Congresso Internacional IACS 2022: Desafios e Inovação em controlo de infeção realizado de 27 a 28 de outubro de 2022 num total de 14 horas.

A mestranda frequentou, ainda, o curso “FOCUS ON - Infecções por bactérias Multirresistentes obtendo aprovação nos cinco módulos que o constitui, no período de julho de 2023

Participou na vacinação covid e gripe dos utentes da UCC com necessidade de apoio domiciliário.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - REFLEXÃO CRÍTICA

O presente capítulo revela, uma abordagem reflexiva sobre as competências adquiridas, durante o percurso efetuado no decorrer dos Estágios de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e o Estágio Final. Este período permitiu-nos a mobilização, desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, que sustentam o aprofundamento dos domínios e competências do enfermeiro de cuidados gerais, e se concretizam em competências comuns e específicas na área de especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e de Mestre. Os estágios devem ser reconhecidos como oportunidades de formação. É nestes momentos de formação que nos é concedida uma aproximação ao contexto da realidade, que nos possibilita a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e de competências.

Fukada (2018) define competência como uma habilidade adquirida através de experiências e aprendizagens sendo, por isso, uma característica comportamental, e uma premissa para o desenvolvimento de competências.

4.1 - Competências comuns do enfermeiro especialista

No Regulamento n.º 140/2019 (2019) são estabelecidas as competências comuns do enfermeiro especialista que pressupõe que os enfermeiros partilhem um conjunto de competências comuns aplicável em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, diferenciadas pela exigência técnica e científica.

As designadas competências envolvem as dimensões da educação do indivíduo e seus pares na orientação, aconselhamento e liderança. O enfermeiro especialista deverá ser capaz de gerar informação científica através da investigação que permita contribuir e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

O processo de desenvolvimento enquanto enfermeira especialista na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública surge através das experiências vivenciadas em contexto de estágio na UCC, que proporcionaram a oportunidade de, através do contato com profissionais inseridos na comunidade, vivenciar, refletir e produzir conhecimento na área das PBCI em contexto domiciliário.

Transversalmente a todas as especialidades, ao enfermeiro especialista é reconhecida e partilhada com todos os enfermeiros especialistas integrantes nas várias áreas de especialidade, as competências demonstradas pela elevada capacidade de suporte no exercício profissional especializado no setor da formação, investigação e

assessoria (Regulamento n.º 140/2019).

Estão regulamentados quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Face ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, durante o decorrer do estágio e durante a elaboração do projeto de intervenção comunitária, foram desenvolvidas práticas profissionais, respeitando os princípios éticos, agindo de acordo com as normas legais, a deontologia profissional. Foram feitos os pedidos necessários para a implementação e desenvolvimento do projeto, tendo sido pedida autorização da comissão de ética do Centro Hospitalar X, assim como da IPSS, cujos pareceres foram favoráveis. Considerando o trabalho de investigação, para permitir a elaboração do diagnóstico de situação descrito neste relatório, os questionários foram aplicados respeitando os procedimentos éticos e a proteção dos direitos humanos, tendo sido obtida a aprovação e o consentimento dos profissionais. O sigilo e a privacidade dos participantes do estudo foram garantidos, com vista aos seus próprios interesses, mantendo o seu anonimato, preservando os pressupostos éticos que devem estar presentes num trabalho de investigação.

b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Ao enfermeiro especialista, no que se refere ao domínio da **melhoria da qualidade**, são reconhecidas três competências. É competência do enfermeiro especialista garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, assim como desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. O percurso durante o estágio permitiu o desenvolver e aprimorar esta competência adotando um papel ativo e participativo juntamente com a instituição, no desenvolvimento de iniciativas com vista à promoção e melhoria de práticas de qualidade.

A intervenção no âmbito das precauções básicas de controlo de infeção em contexto domiciliário é uma temática que urge pela necessidade emergente de implementação de estratégias de prevenção. Sendo que em Portugal as medidas de prevenção e controlo tem sido implementadas com foco no setor da saúde, os SAD não

são abrangidos pelas campanhas de prevenção das IACS. Este estágio permitiu-nos desenvolver a capacidade de dinamizar o envolvimento da instituição na realização de iniciativas com foco na implementação de estratégias de controlo de infeção em contexto domiciliário.

O projeto de controlo de infeção em contexto domiciliário, pretendeu reconhecer a realidade das práticas nos SAD, envolvendo e sensibilizando os profissionais que prestam cuidados na comunidade, para a importância da aplicação das precauções básicas de controlo de infeção. O investimento nesta temática, promove práticas de qualidade e ambientes mais seguros na prestação dos cuidados. O envolvimento da instituição evidenciando a importância que tem as precauções básicas para o controlo da infeção possibilitou aos profissionais melhorarem a informação sobre controlo de infeção, contribuído para a tomada de decisão refletida, e como resultado a que a comunidade tenha acesso a cuidados com maior segurança através de práticas seguras destes profissionais.

c) **Competência do domínio da prestação e gestão de cuidados**

No domínio da **gestão de cuidados**, o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A realização das várias reuniões, quer na instituição IPSS, com a equipa da UCC ou com os elementos do PPCIRA no Centro Hospitalar, obrigou ao desenvolvimento de estratégias e competências que nos otimizassem a capacidade de liderança e de gestão nas marcações das reuniões, no desenvolvimento das atividades planeadas, e nas formações, pela necessidade de articulação com os vários elementos das equipas, assumindo-se uma atitude de liderança durante este processo. Para garantir o desenvolvimento deste projeto foi assumida uma postura dinâmica e ativa no seu planeamento e execução, com o acompanhamento e supervisão da enfermeira orientadora.

A implementação do projeto de práticas de controlo de infeção em contexto domiciliário, reconhece-nos a realidade das práticas de controlo de infeção em contexto domiciliário pelos profissionais do SAD. Isto permite-nos adequar as práticas de controlo de infeção aos recursos existentes, e ajustar à realidade que é experienciada por estes profissionais, utilizando os recursos existentes de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados prestados.

d) Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio, o enfermeiro especialista desenvolve o autocuidado e assertividade, e baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.

O desenvolvimento desta competência foi adquirido pela relevância apreendida da importância da evidência científica. Os estudos científicos são fonte fulcral de conhecimento e de evidência científica que suportam a relação causa efeito. É através da evidência de estudos realizados que é concebível o alcance de resultados positivos. Estudos realizados na temática de controlo de infeção e implementação de estratégias de prevenção é uma temática ainda bastante direcionada ao nível do setor da saúde. Desta forma os profissionais dos SAD não têm sido abrangidos pela implementação de estratégias de implementação das PBCI adequadas às suas práticas. Com a escassez de suporte científico de estudos sobre controlo de infeção, sem ser ao nível do setor da saúde, para o desenvolvimento desta competência impôs-nos o desenvolvimento de destreza nas intervenções planeadas reconhecendo as suas limitações e em contrapartida a responsabilidade de contribuir para a consciencialização e desenvolvimento de processos de aprendizagem na área de controlo de infeção na comunidade, sendo esta de grande importância.

O desenvolvimento deste projeto conferiu-nos assim, a participação do princípio da construção de uma base que favorece o desenvolvimento de práticas de controlo de infeção ajustadas ao contexto domiciliário em elementos da comunidade que cuidam da comunidade. Com isto, um maior envolvimento nas atividades desenvolvidas, associado à pesquisa bibliográfica possibilitou a tomada de decisões mais assertivas na implementação do projeto.

Deste modo, consideramos que as competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas.

4.2 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

O Regulamento n.º 428/2018 (2018) institui as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Este conjunto de competências prevê, consoante o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas

consoante o alvo e o contexto de intervenção, a área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de saúde familiar. O regulamento prevê um enquadramento regulador para a certificação das competências e informação aos cidadãos acerca do que podem esperar destes profissionais especializados.

No caso da área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública estão enumeradas quatro competências apresentadas seguidamente.

1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Controlo de infeção: Práticas em ambiente domiciliário” teve por base a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1993). A Metodologia de Planeamento em Saúde permitiu-nos proceder a um diagnóstico de situação de saúde, tendo em consideração determinantes de saúde que influenciam a segurança dos elementos da comunidade, com recurso aos dados da vigilância epidemiológica e aos indicadores da área geográfica abrangida pela UCC. Tendo como base estes fatores, foi possível alcançar um diagnóstico de situação com a identificação das reais necessidades da população alvo, mais concretamente os profissionais dos SAD.

Efetuamos a priorização dos problemas, destacando-se as necessidades consideradas com o recurso a tabela de ponderação. Face às necessidades priorizadas, foram definidos os objetivos a alcançar, tendo em consideração as características que consideramos estarem presentes. Foram estabelecidos objetivos que consideramos adequados, precisos, pertinentes, realizáveis e mensuráveis. O estágio final permitiu-nos o seguimento das restantes etapas de planeamento constituindo estratégias e atividades para dar resposta às necessidades definidas, que foram avaliadas através das metas, com os respetivos indicadores. A sua análise e avaliação constituiu-nos a possibilidade de obter ganhos em saúde pela monitorização e avaliação das intervenções previamente planeadas.

2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária tivemos como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Consideramos que enquanto profissional de saúde, fazemos parte do meio integrante da comunidade, e enquanto enfermeira a desenvolver competências na área da comunidade, valorizamos

estratégias que permitam influenciar as pessoas ao longo do seu ciclo de vida, com o intuito de obter ganhos em saúde. Consideramos que a segunda competência foi desenvolvida, pelas intervenções realizadas com foco na promoção da saúde e na motivação dos profissionais dos SAD, na sensibilização e disponibilização de informação que motiva a autoconsciência e reflexão, na tomada de decisão.

Consideramos que a valorização do desempenho destes profissionais na comunidade, e o seu envolvimento na sua capacitação, favoreceu para a consciencialização da importância das suas práticas no controlo de infeção. Foram integrados e mobilizados conhecimentos baseados em evidência científica, disponibilizando conhecimento e informação que lhes possibilita a tomada de decisão auto refletida.

3 - Integra a coordenação dos programas de Saúde de âmbito comunitário e na sua consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 reconhecem a importância e a perspetiva de transversalidade a várias áreas do conhecimento, com vista à promoção da saúde e à manutenção de um conjunto de aptidões que visam efetivar e melhorar o acesso aos cuidados e intervenções de saúde, evidenciando a importância que estas têm para antecipar e preparar para o futuro.

Um dos pressupostos que sustenta o PNS é o planeamento estratégico em saúde de base populacional enquanto instrumento metodológico com os seus componentes e etapas. O planeamento de atividades para este projeto não só foi efetuado com base no diagnóstico de situação, mas também de acordo com os pressupostos do PNS (DGS, 2021b).

Um dos programas prioritários que integra o PNS é o controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. São estratégias do PPCIRA o desenvolvimento de atividades promotoras de literacia e compromisso dos cidadãos sobre estas temáticas. Este programa objetiva a promoção de adesão e cumprimento de PBCI e de precauções baseadas na via de transmissão, através do compromisso da liderança, e do envolvimento das instituições de saúde e da comunidade no desenvolvimento e implementação de estratégias, iniciativas e programas que visam reduzir as infeções cruzadas. Para a melhoria da qualidade, o programa prevê o desenvolvimento de projetos na área educacional e comportamental para os profissionais de saúde e para a promoção da literacia do cidadão. Este projeto foi desenvolvido de acordo com os objetivos estratégicos do PNS e do programa PPCIRA tendo contribuído para o aumento

do conhecimento dos profissionais dos SAD que estão inseridos na comunidade. Este aumento do conhecimento estabelece a possibilidade de melhoria da qualidade dos cuidados e contribui para a diminuição das infeções cruzadas, estabelecendo a importância das PBCI nas práticas diárias destes profissionais.

4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O desenvolvimento desta competência enquadra-se essencialmente na análise de dados epidemiológicos e na análise de indicadores demográficos. Para o diagnóstico de situação elaborado neste projeto procedeu-se à análise e interpretação de dados obtidos através das bases de dados, pela colaboração do PPCIRA do Centro Hospitalar X e da utilização de um instrumento de colheita de dados que permitiu a caracterização da amostra, com recurso a metodologias de análise estatística e de conteúdo. Esta análise permitiu-nos a capacidade de identificar e priorizar problemas, para obter a intervenção mais adequada e eficaz.

Deste modo, consideramos que as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública foram adquiridas.

4.3 - Competências do grau de mestre

No que concerne às competências do grau de mestre,

“1 — O grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser

capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.” (Decreto-Lei nº63/2016 : 3174)

Durante este percurso, os ensinamentos clínicos e a elaboração deste projeto, permitiu-nos colocar em prática a Metodologia do Planeamento em Saúde, e determinou a utilização e o desenvolvimento de conhecimentos já adquiridos previamente, ou seja, na licenciatura em enfermagem, e sobretudo viabilizou o seu aprofundamento e aquisição de novas competências. O contexto dos ensinamentos clínicos foram desenvolvidos em ambiente totalmente novo para a mestranda, sendo que esta sempre desenvolveu a sua prática profissional em contexto hospitalar. A possibilidade de contactar com um ambiente diferente do habitual, implicou um processo de adaptação e desenvolvimento de capacidades de resolução das situações em novo contexto. A elaboração de um diagnóstico de situação, mestrando a capacidade de pesquisa com evidência científica, permitiu-nos a aquisição de novas habilidades fundamentais para identificar, compreender e desenvolver intervenções que contribuem para a resolução ou melhoria dos problemas.

Os resultados deste projeto foram apresentados aos seus intervenientes assim como à equipa da UCC garantindo a sua divulgação e disseminação.

Foi elaborado um artigo científico, resultante do diagnóstico de situação, que permitiu colocar em prática conhecimentos adquiridos neste percurso tendo como produto desenvolvimento científico.

A elaboração deste relatório também irá proporcionar a divulgação de resultados e conclusões obtidas, e desta forma contribuir para a partilha e desenvolvimento científico na área da enfermagem e para que se garanta a produção de mais conhecimento científico.

Deste modo, consideramos que as competências para obtenção do grau de Mestre foram adquiridas, com a discussão pública do presente relatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório enquadrou-se num percurso académico centrado no desenvolvimento de competências na área de especialidade de ECSP, constituindo este um instrumento de aprendizagem e reflexão na aquisição das mesmas.

O controlo de infeção é uma temática prioritária na área da comunidade e saúde pública pelo fato das IACS serem representativas dos cuidados prestados e muitas vezes a causa direta de morbilidade e mortalidade nos idosos.

Em Portugal têm sido implementadas estratégias que constituem a forma de prevenir as IACS. No entanto, estas estratégias têm sido concebidas e direcionadas para o setor da saúde. Atualmente os SAD têm um papel mais presente como recurso na comunidade e os cuidados que estão abrangidos pelas AAD não têm sido incluídos na implementação de medidas de prevenção, sendo uma limitação considerada na realização deste estudo. A carência de estudos na comunidade sobre prevenção e controlo de infeção revela a necessidade em investir e integrar os cuidadores nesta temática e assim, obter dados mais concretos permitindo a aplicação de estratégias adequadas à realidade dos cuidadores.

Está previsto o alargamento destas medidas na comunidade e cabe aos profissionais de saúde, concretamente o enfermeiro de ECSP, uma vez que se encontra mais perto da população, criar condições e ter um papel ativo na mudança de comportamentos junto dos parceiros da comunidade como é o caso das AAD. A formação contínua dos profissionais confere ferramentas para a sua prática diária de prevenção e controlo de infeção e conduz a uma melhoria contínua dos cuidados, da qualidade de vida, mortalidade e morbilidade dos utentes a quem prestam cuidados, pela redução de possíveis infeções por MoMR na comunidade.

Apreendemos a noção de planeamento em saúde como um processo dinâmico e contínuo, que permite melhorar o conhecimento da situação também pela sua reestruturação.

Em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, há a exigência de compreendermos o que precisa de ser modificado para planear e implementar estratégias que permitam atingir uma melhoria nos cuidados prestados, e tal foi possível alcançar pela realização dos estágios.

Com este projeto pretendeu-se conhecer as necessidades de formação evidenciadas pelos profissionais do SAD, no que concerne às PBCI.

A análise dos resultados permitiu concluir a existência de lacunas na área da

prevenção e controlo de infeção pelo défice de conhecimentos evidenciados nesta área, podendo esta refletir-se na prática diária.

Com base no diagnóstico realizado, desenvolveram-se estratégias de educação para a saúde.

A inclusão de parceiros da comunidade como parte integrante na prevenção e controlo da infeção é fundamental. A duração do estudo não nos permite prever a aplicabilidade dos conhecimentos promovidos nas práticas das AAD, sendo considerada outra limitação.

A realização dos estágios e o desenvolvimento deste projeto determinou a oportunidade determinante para a aquisição e desenvolvimento de competências científicas e aptidões práticas tendo como base a promoção da saúde e o controlo de infeção em contexto domiciliário.

Este percurso permitiu aprendizagem, consolidação e o desenvolvimento de conhecimentos científicos na área da epidemiologia, planeamento em saúde e estratégias de intervenção comunitária, que permite um olhar diferenciado e refletido sobre a importância e o impacto que a prática especializada nesta área pode ter na comunidade. Apesar do percurso se mostrar desafiante com diversos constrangimentos, considero que todas as experiências, as dificuldades e a persistência nos levam ao crescimento e sobretudo ao alcance dos objetivos planeados para este relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M. T. d., dos Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Banza, M. M.S. (2012). *Envelhecimento ativo - Amadurecer em Saúde* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3968/1/projecto%20de%20intervencao%20em%20saude%20comunitaria_amadurecer%20em%20saude.pdf
- Cardoso, L. S., Cezar-Vaz, M.R., Costa, V. Z. da., Bonow, C. A. & Almeida, M. C. V. de.. (2013) *Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados*. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(6), 928-934. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018>
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Coelho, A.R.N., Soares, A. D. C, Torres, A. R. N. (2022). *Determinantes da adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual no serviço de urgência: Scoping review*. Revista de Enfermagem Referência, Série VI, n. °1: e21027. <http://dx.doi.org/10.12707/RV21027>
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). *Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores*. Revista Eletrónica de Enfermagem. 13 (2), 306-312. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
- Decreto-Lei n.º 141/89 (1989). Diário da República, 1ª Série, n.º 98 – 28 de abril. [17821785.pdf](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/decreto-lei-141-89-17821785.pdf) (diariodarepublica.pt)
- Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Diário da República, 1ª Série, n.º 176 – 13 de setembro de 2016. [0315903191.pdf](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/decreto-lei-63-2016-0315903191.pdf) (diariodarepublica.pt)
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). Diário da República n.º 74/2009, Série II, de 16 de abril de 2009. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2006*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2013). Norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. [por-serie-902833-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/por-serie-902833-pdf.aspx) (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde (2022). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do Programa prioritário PPCIRA 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2021b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 [Saúde Sustentável de Todos para Todos]*. [PNS2021-2030 Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf](https://www.dgs.pt/pns2021-2030-saude-da-populacao-em-portugal.pdf) (dgs.pt)
- European Center for Disease Prevention Control [ECDC] (2018). *Healthcare-associated infections – a treat to pation in Europe*. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>
- European Center for Disease Prevention Control [ECDC] (2022). *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual epidemiological report for 2022*. [Antimicrobial resistance in the EU/EEA \(EARS-Net\) - Annual epidemiological report for 2022](https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance) (europa.eu)
- Faleiros, A.H., Santos, C.A.D., Martins, C.R., Holanda, R. A., Souza, N.L., & Araújo, C.L. (2017). *Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliográfica, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos*. Janus.;12(22):59-68.
- Figueiredo, M., Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R., Carvalho, M. (2021). *Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Portugal. Lusociência.
- Fukada, M. (2018). *Nursing competency: Definition, structure and development*. Yonago Acta Medica, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. <https://www.seq->

- [social.pt/documents/10152/27202/N35 apoios sociais idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](https://social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022). *Censos 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Joint Commission Institute For Healthcare Improvement [JCIHI]. (2022). *Parcerias estratégicas*. <http://www.ihl.org/Engage/Strategic-Partnerships/Pages/default.aspx>
- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Martín, I., & Brandão, D. (2012). *Políticas para a Terceira Idade*. In C. Paúl, & O. Ribeiro, Manual de Gerontologia - aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento (p. 273-287). Lisboa: Lidel.
- Martin, J. (2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In A. Fonseca & C. Paúl. Envelhecer em Portugal. Lisboa, Climepsi Editores.
- McEwen, M. and Wills, E.M. (2014) Bases teóricas de Enfermagem. Artmed Editora
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel-Edição Técnica
- Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). *A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados*. Revista Eletrônica de Enfermagem, Vol. 9, nº 3, p. 784-795. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Setúbal, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 26, 6 de fevereiro de 2019.
- Organizações das Nações Unidas. (2019). *Envelhecimento. Centro Regional de informações para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7ª ed). Harlow: Pearson Education Limited
- Pina, E., Ferreira, E., e Sousa-Uva, M. (2019). *Infeções associadas aos cuidados de saúde*. In: Sousa, P., e Mendes, W.. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019, pp. 137-159. ISBN 978-85-7541-641-9. <http://dx.doi.org/10.7476/9788575416419.0010>

- Pina, Elaine; Peres, David (2008). *Vigilância epidemiológica na infeção associada a cuidados de saúde*. Nursing. 239, 2-3.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (1ª Ed.). Linha editorial internacional de apoio aos sistemas de saúde.
- Pittet D., Allegranzi B., Storr J., Bagheri N. S., Dziekan G., Leotsakos A., et al. (2008). *Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries*. J Hosp Infect.; 68(4):285-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2007.12.013>
- Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2013). Diário da República: 1ª série, n.º 21/2013. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/38-2013-258278>
- Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. P. 19354-19359. <https://files.diretorepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2009). *Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos*. Revista Brasileira de Enfermagem, 62(6), 870-875. doi:10.1590/s0034-71672009000600011
- Sakraida, T. (2015). Modelo de Promoção de Saúde. In Ann Tomey & Marth Alligod. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (2015), (5ª ed.), (pp 434-453). Loures: Lusociência.
- Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., Dias, C. (2011). *Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Vol 2, nº 11, p. 590-613. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000200015&lng=pt&tlng=pt
- Sax, H, Allegranzi, B., Uçkay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). *My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene*. Journal of Hospital Infection, 67(1), 9–21. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009692748&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Porto: Quarteto.

- Sistema Nacional de Saúde (2022) Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30019/3150752/Pages/default.aspx>
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncipia ISBN: 9789897160288
- Sousa, M. M. G. D., & Menezes, M. O. (2015). *Humanização dos Cuidados na Terceira Idade: Melhorar a Prática e o Desempenho Profissional no CSCRQ*. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/584>
- Swanson, J., & Jeanes, A. (2011). *Infection control in the community: a pragmatic approach*. British Journal of Community Nursing, 16(6), 282–288. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.6.282>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Department of Communicable Disease, Surveillance and Response Prevention of hospital-acquired infection: a practical guide* 2002. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Strengthening infection prevention and Control in Primary Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035249>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Global report on infection prevention and control 2022*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

ANEXOS

Anexo 1 - Pedido de autorização ao Centro Hospitalar

Ex.^{ma}. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do [REDACTED]

Noémia Regina Oliveira Moás, enfermeira portadora do cartão de cidadão [REDACTED] emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa, membro da ordem dos enfermeiros número 5-E-51231, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Setúbal, no âmbito do qual se encontra a realizar o diagnóstico de saúde na comunidade no sentido de desenvolver um projeto de intervenção sobre a "Perceção e conhecimento dos profissionais dos SAD (serviços de apoio domiciliário) sobre as PBCI (precauções básicas de controlo de infeção), na UCC [REDACTED] (Unidade de cuidados na Comunidade), do ACES [REDACTED], vem por este meio solicitar a V. Ex. a autorização para consulta e utilização dos dados de vigilância epidemiológica das infeções por MOMR (microrganismos multirresistentes) a facultar pelo GCL-PPCIRA (Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) da instituição que dirige.

Os dados concedidos destinam-se a contribuir para a justificação da pertinência do projeto supramencionado.

Comprometo-me e responsabilizo-me por cumprir os procedimentos éticos inerentes ao desenvolvimento deste projeto.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por V. Ex. a.

Com os melhores Cumprimentos,
Noémia Regina Oliveira Moás
(noemia.m.regina5@gmail.com)

[REDACTED]

[REDACTED], 8 de junho de 2022

Anexo 2 - Parecer do Centro Hospitalar

Fwd: Pedido de autorização Noémia Moás *to GCL-PCIRA p/ parecer 2022-06-27*

① Reencaminhou esta mensagem a sex, 24/06/2022 16:24

NM Noémia Moás <noemia.m.regina5@gmail.com> *Enfermeiro-Diretor*
sex, 24/06/2022 15:59

 Pedido autorização CHBM G... 262 KB *A Srta Encarregada de proteções de dados p/ parecer. 2022-06-27*

Reencaminho o mail que enviei

A sábado, 11 de jun de 2022, 12:01, Noémia Moás <noemia.m.regina5@gmail.com> escreveu:
Bom dia,

Eu, Noémia Regina Oliveira Moás, aluna do Mestrado na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, estou a desenvolver o meu projeto na área do controlo de infeção.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a Vª. Exª. a devida autorização que segue em anexo.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Noémia Moás
E-mail: noemia.m.regina5@gmail.com

De acordo com os pareceres emitidos, autorizar. 2022-06-25

← Responder → Reencaminhar

Toda a opor, já que não são fornecidos elementos que identifiquem ou tornem identificáveis os utentes em causa.

Nenhuma opor. 27.06.2022

23.06.2022

Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA)

Anexo 3 - Pedido de autorização à IPSS

À Direção do [REDACTED]
Ex^{ma}. Diretora

Noémia Regina Oliveira Moás, enfermeira a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Setúbal, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um projeto de intervenção sobre a "Perceção e conhecimento dos profissionais dos SAD (Serviços de Apoio Domiciliário) sobre as práticas de PBCI (precauções básicas de controlo de infeção)", na UCC [REDACTED] (Unidade de Cuidados na Comunidade), do ACES [REDACTED]

Solicita, por este meio a vossa superior autorização para:

- a) recolha de dados através da aplicação do questionário

junto das Ajudantes de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário da instituição que dirige.

Os dados recolhidos destinam-se à elaboração de um diagnóstico de situação com vista ao planeamento de intervenção a desenvolver área do controlo de infeção com a colaboração do [REDACTED]

[REDACTED] Solicito, pelo exposto, autorização para desenvolver a supracitada colheita de dados, agradecendo desde já a atenção dispensada por V. E^{ma}.

Comprometo-me e responsabilizo-me por cumprir os procedimentos éticos inerentes ao desenvolvimento deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Noémia Regina Oliveira Moás
(noemia.m.regina5@gmail.com)

[REDACTED]

[REDACTED] 8 de junho de 2022.

Anexo 4 - Parecer da IPSS



Boa tarde Enf.ª Noémia,

A Instituição encontra-se disponível para colaborar no seu estudo.
Assim, pode entrar em contacto connosco para agendarmos uma reunião.

Obrigada.
Com os melhores cumprimentos.




Diretora Técnica



APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário

Este questionário é confidencial e as suas respostas destinam-se apenas para utilização do investigador no âmbito da avaliação da “Perceção e conhecimento dos profissionais dos SAD (serviços de apoio domiciliário)” sobre as PBCI (precauções básicas de controlo de infeção)

Agradecemos desde já a sua colaboração

1- Idade: _____

2- Género: Masculino ☐ Feminino ☐

3- Habilitações literárias:

- Primeiro Ciclo _____ ☐
- Segundo Ciclo _____ ☐
- Terceiro Ciclo _____ ☐
- Secundário _____ ☐
- Curso técnico-profissional _____ ☐
- Curso superior _____ ☐

4- Tempo que trabalha na área de prestação de cuidados formais:

- Menos de 1 ano _____ ☐
- 1 a 5 anos _____ ☐
- 5 a 10 anos _____ ☐
- Mais de 10 anos _____ ☐

5- Tem formação na área de prestação de cuidados à pessoa dependente?

- Sim ☐
- Não ☐

6- Já frequentou alguma formação sobre precauções básicas de controlo de infeção

- Sim, na instituição _____ ☐
- Sim, fora da instituição _____ ☐
- Não, nunca realizei _____ ☐

6.1- Se respondeu sim à questão 6, há quanto tempo realizou formação sobre controlo de infeção:

• Há menos de 1 ano _____ ☐

• Há menos de 3 anos _____ ☐

• Há mais de 5 anos _____ ☐

• Indique o n.º de horas de formação _____

7- Gostaria de receber formação regularmente sobre controlo de infeção?

• Sim _____ ☐

• Não _____ ☐

• Indiferente _____ ☐

8 - Na sua opinião considera que (assinale uma das opções):

• Tenho conhecimento suficiente e

• não aplico _____ ☐

• raramente aplico _____ ☐

• aplico às vezes _____ ☐

• aplico quase sempre _____ ☐

• aplico sempre _____ ☐

• Não tenho conhecimento suficiente _____ ☐

9 - Na sua opinião, qual a importância da higiene das mãos na prevenção de infeções na prestação de cuidados no domicílio?

• Nada importante _____ ☐

• Pouco importante _____ ☐

• Importante _____ ☐

• Muito importante _____ ☐

10 - Enumere de 1 a 7 os seguintes itens, considerando o 1 o mais importante e 7 o menos importante

_____ Higiene das mãos

_____ Etiqueta respiratória

_____ Técnica e utilização do equipamento de proteção individual

_____ Manuseamento e acondicionamento da roupa

_____ Manuseamento e acondicionamento de resíduos

_____ Limpeza e descontaminação de material

_____ Limpeza e descontaminação de superfícies

11- Indique de 1 a 5, considerando o 1 sem dificuldade e o 5 muita dificuldade, como considera o seu desempenho em:

Área	Grau de dificuldade				
	1	2	3	4	5
• Técnica de higienização das mãos					
• Identificação dos momentos de higienização das mãos					
• Etiqueta respiratória					
• Técnica e utilização do EPI (equipamento de proteção individual)					
• Colocação do EPI					
• Remoção do EPI					
• Manuseamento da roupa					
• Acondicionamento da roupa					
• Manuseamento de resíduos					
• Acondicionamento de resíduos					
• Limpeza e descontaminação de material					
• Limpeza e descontaminação de superfícies					
• Higiene oral					

▪ Cuidados higiene					
--------------------	--	--	--	--	--

12 -Assinale com um X as afirmações no que considera como sendo verdadeira ou falsa:

AFIRMAÇÕES	V	F	NÃO SABE/NÃO RESPONDE
▪ Não faz mal usar adornos desde que use SABA (solução aquosa de base alcoólica) no final da realização de cuidados			
▪ Se utilizar luvas não necessita de lavar as mãos			
▪ É aconselhável a hidratação da pele regularmente			
▪ A utilização de unhas de gel/gelinho aumenta o risco de transmissão de infeções			
▪ A utilização da etiqueta respiratória é uma medida de prevenir infeções			
▪ Devo utilizar colocar 1 avental para cada utente			
▪ No caso de derrame de fluido orgânico (urina) devo colocar imediatamente por cima lixívia para desinfetar			
▪ Devo mudar de máscara quando esta se encontra húmida			
▪ Devo remover as luvas após o uso em cada doente			
▪ A lixívia pura na desinfecção é mais eficaz do que diluída			
▪ Durante a troca da fralda posso colocar a fralda no chão rapidamente para que o procedimento seja o mais rápido possível			

Legenda: **V** – verdadeiro; **F** - Falso

13- Assinale de que forma habitualmente procede:

▪ Na prestação de cuidados ao utente:

a . Coloco primeiro...

☐ A máscara, o avental e depois as luvas

☐ A máscara, as luvas e depois avental

b. Retiro primeiro...

☐ O avental, as luvas e depois a máscara

☐ As luvas, o avental e depois a máscara

▪ Quando troca os lençóis da cama:

☐ Abre rapidamente o lençol

☐ Desdobra o lençol

▪ Quando terminam os cuidados ao utente

◦ Proceda-se à limpeza das superfícies envolventes _____ ☐

◦ Não se procede à limpeza das superfícies envolventes
porque não faz parte das funções a desempenhar _____ ☐

◦ Não se procede à limpeza das superfícies
porque desconheço a forma correta de o fazer _____ ☐

◦ Não se procede à limpeza das superfícies
porque não tenho o material necessário para o fazer _____ ☐

14 - Coloque na ordem correta de vestir o EPI:

____ Colocar a máscara ou respirador KN95

____ Colocar o protetor ocular

___ Higienizar as mãos

___ Higienizar as mãos

___ Colocar as luvas

___ Colocar a bata

15 - Coloque na ordem de remoção do EPI:

___ Remover o protetor ocular

___ Higienizar as mãos

___ Remover as luvas

___ Higienizar as mãos

___ Remover a bata

___ Remover a máscara

Observações/ sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice 2 - Cronograma

MÊS/ANO	Maio	Junho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro a dezembro 2023	Janeiro 2024	Fevereiro 2024
Atividades								
Pedido de autorização ao CH para obtenção de dados								
Apresentação do projeto à IPSS e pedido de autorização para a sua realização								
Diagnóstico de situação								
Reunião com a diretora da IPSS para operacionalização do projeto								
Elaboração de plano de formação sobre PBCI, higiene das mãos e etiqueta respiratória								
Elaboração de plano de formação sobre EPI e controlo ambiental								
Realização de sessão de formação acerca das PBCI, higiene das mãos e etiqueta respiratória								
Realização de sessão de formação acerca do EPI e controlo ambiental								
Reunião com a equipa da UCC para apresentação dos resultados								
Avaliação do projeto								
Redação final do relatório								

Apêndice 3 - Plano da primeira sessão de formação

DIVULGAÇÃO, PUBLICITAÇÃO E PROGRAMA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO				
PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO 1				
Tema da sessão	Precauções básicas de controlo de infeção Higiene das mãos e Etiqueta respiratória			
Destinatários	Ajudantes de ação direta do serviço de apoio domiciliário do [REDACTED]			
Data	29 de novembro de 2022			
Hora	14:30h	Duração	45 min	
Regime de formação	Presencial			
Local	[REDACTED]			
Formador	Noémia Moás			
Objetivos	Promover a importância das PBCI na prevenção e controlo de infeção. • Desenvolver competências na área de controlo de infeção • Divulgar conhecimentos sobre precauções básicas de controlo de infeção • Estabelecer orientações de boa prática de prevenção e controlo de infeção			
Fases	Conteúdos programáticos	Métodos	Atividade	Recursos didáticos
Introdução	Objetivos da sessão	Expositivo	Apresentação do formador e tema	Microsoft Office - Power point
Desenvolvimento	Higiene das mãos – Para quê? Princípios da higiene das mãos; Higiene das mãos – Como? Os 5 momentos para a higienização das mãos; Outras indicações para a higiene das mãos; Etiqueta respiratória.	Expositivo e demonstrativo	Apresentação de conteúdos e realização de experiência	Microsoft Office – Power point Solução higienização das mãos e luz negra
Conclusão	Discussão e síntese da sessão	Participativo e interativo		
Avaliação	Questionário da sessão formativa			

Apêndice 4 - Plano da segunda sessão de formação

DIVULGAÇÃO, PUBLICITAÇÃO E PROGRAMA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO				
PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO - 2				
Tema da sessão	Precauções básicas de controlo de infeção - EPI e Controlo ambiental			
Destinatários	Ajudantes de ação direta do serviço de apoio domiciliário do [REDACTED]			
Local	[REDACTED]			
Formador	Noémia Moás			
Objetivos	Promover a importância das PBCI na prevenção e controlo de infeção. Estabelecer orientações para a prática de prevenção e controlo de infeção.			
Fases	Conteúdos programáticos	Métodos	Atividade	Recursos didáticos
Introdução	Objetivos da sessão	Expositivo	Apresentação do formador e tema	Microsoft Office - Power point
Desenvolvimento	EPI; Colocação e remoção do EPI; Controlo ambiental – Limpeza e desinfeção; Princípios gerais da limpeza; Remoção de derrames	Expositivo Demonstrativo Participativo	Apresentação de conteúdos. Colocação e remoção de EPI	Microsoft Office – Power point Equipamento de proteção individual
Conclusão	Discussão e síntese da sessão	Participativo e interativo		
Avaliação	Questionário da sessão formativa			

Apêndice 5 - Suporte informático para primeira sessão formativa

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
RUA DO JARDIM DE S. JÓÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
FACULDADE DE SAÚDE

ES
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE
DE BRAGA

IIPS
INSTITUTO
POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

CONTROLO DE INFECÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Noémia Moás

Novembro 2022

CONTROLO DE INFECÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Objetivos

Geral Promover a importância das PBCI na prevenção e controlo de infeção em contexto domiciliário

Específicos

- Divulgar conhecimentos sobre precauções básicas de controlo de infeção em contexto domiciliário
- Desenvolver estratégias de controlo de infeção para a prática de cuidados em contexto domiciliário
- Estabelecer orientações de boa prática de prevenção e controlo de infeção em contexto domiciliário



CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Conteúdo programático

- Controlo de infeção.
- Cadeia de transmissão.
- Vias de transmissão.
- Precauções básicas de controlo de infeção.
- Higiene das mãos.
- Etiqueta respiratória.



CONTROLO DE INFEÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Porquê?

Permite a manutenção do ambiente biologicamente seguro no domicílio.

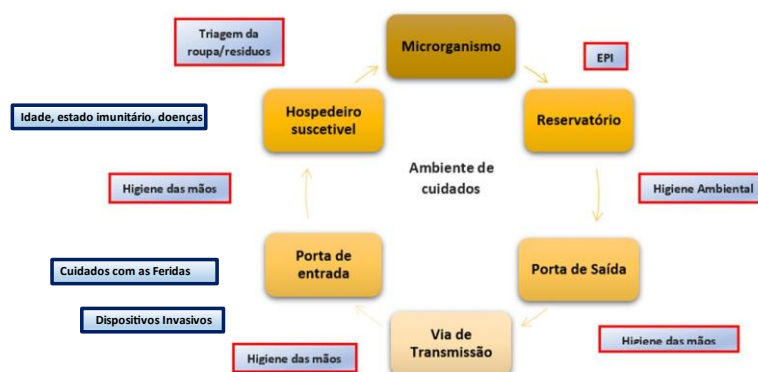
- Grupos vulneráveis estão mais suscetíveis a infeções pela presença de fatores como a idade, doenças crónicas ou imunossupressão.
- Visitas frequentes a unidades hospitalares - maior exposição microrganismos multirresistentes.
- Aumento da mortalidade/morbilidade.
- Custos económicos adicionais elevados.
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares.



CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Como Intervir?

Cadeia de transmissão de infeção



CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO





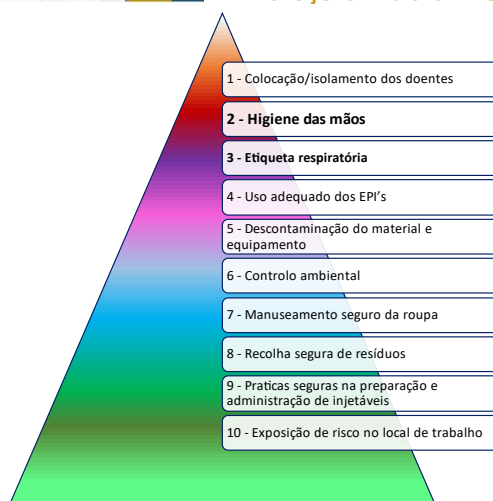
CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Precauções Básicas de Controlo de infeção (PBCI)

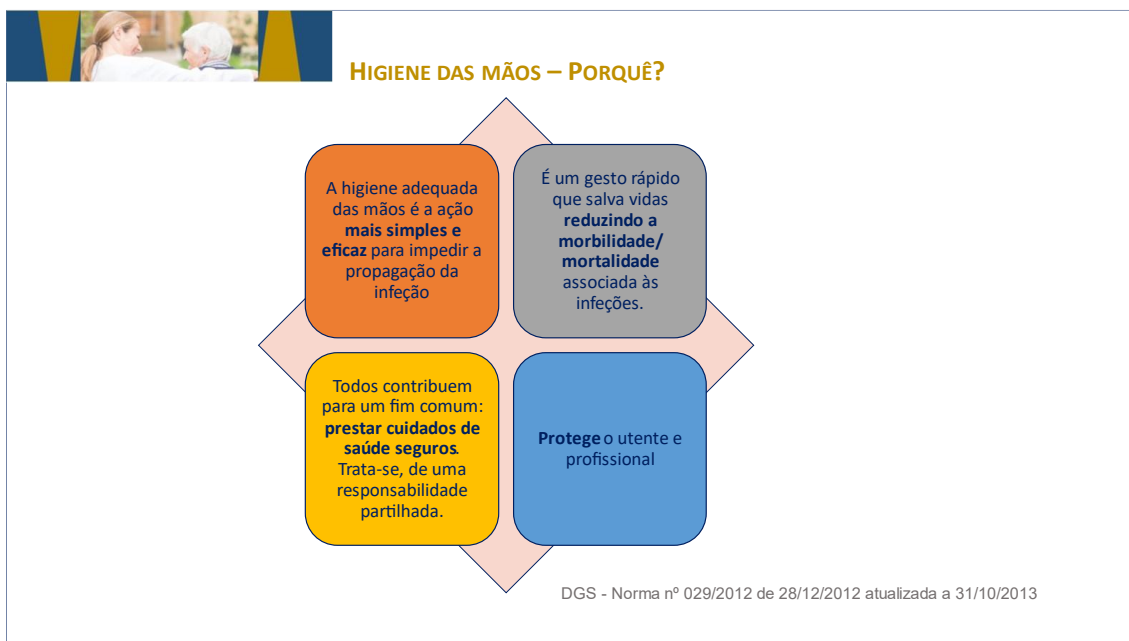
- Medidas que garantem a segurança dos doentes e dos profissionais.
- Prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não.
- Não significa mais trabalho, mas sim melhoria/qualidade dos cuidados.
- Tornam o ambiente mais seguro.
- São a essência da boa prática na prestação de cuidados.



PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO



DGS - Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013



-
- HIGIENE DAS MÃOS - PRINCÍPIOS**
- Manter as unhas curtas, limpas, sem extensões e sem verniz.
 - Durante o período de trabalho não usar:
 - Pulseiras, anéis, relógio de pulso ou outros produtos que possam entrar em contato com o doente
 - Os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável.
 - O fardamento não deve ter mangas compridas.
 - Respeitar o tempo e técnica de fricção.
 - Secar bem as mãos.
 - Usar cremes protetores da pele
- DGS - Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013



HIGIENE DAS MÃOS – COMO?

SABA (Solução Antisséptica de Base Alcoólica) - É mais rápido e eficaz.

Lavagem das mãos com **sabão** e **água** – quando as mãos estiverem visivelmente sujas e sempre que não tiver disponível uma solução alcoólica

DGS - Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013



OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS



1	ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. PORQUÊ? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
2	ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS	QUANDO? Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com lesão de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. PORQUÊ? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.
3	APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS	QUANDO? Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. PORQUÊ? Para proteger a profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
4	APÓS CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do doente. PORQUÊ? Para proteger a profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
5	APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	QUANDO? Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamentos, perfurantes pontiagudos ou outras superfícies invasivas, mesmo sem ter tocado no doente. PORQUÊ? Para proteger a profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.



HIGIENE DAS MÃOS – OUTRAS INDICAÇÕES

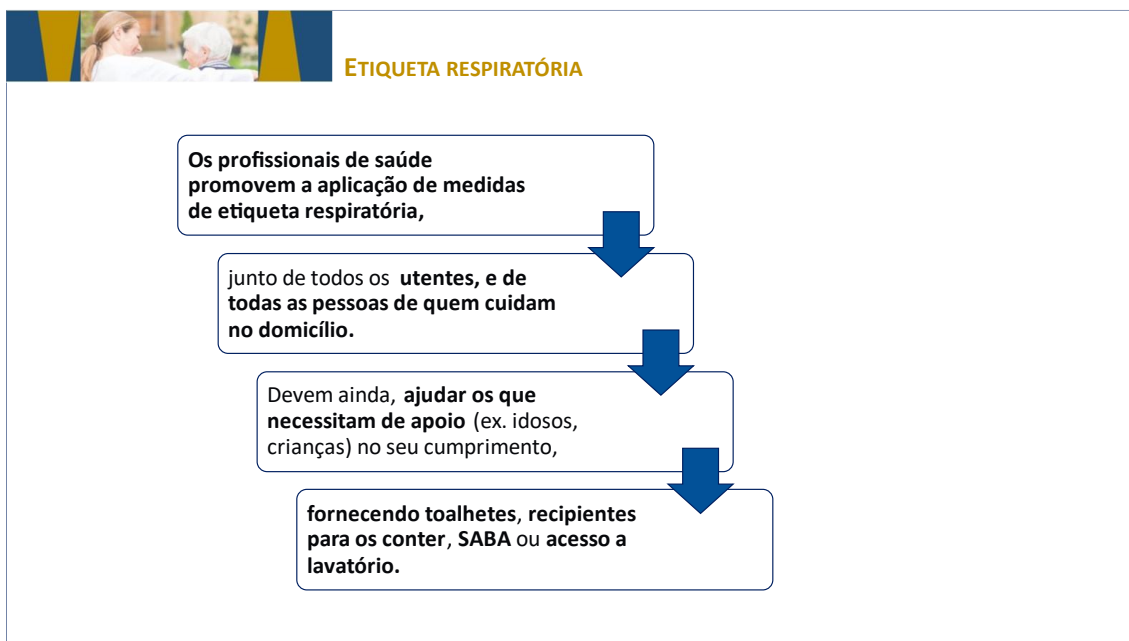
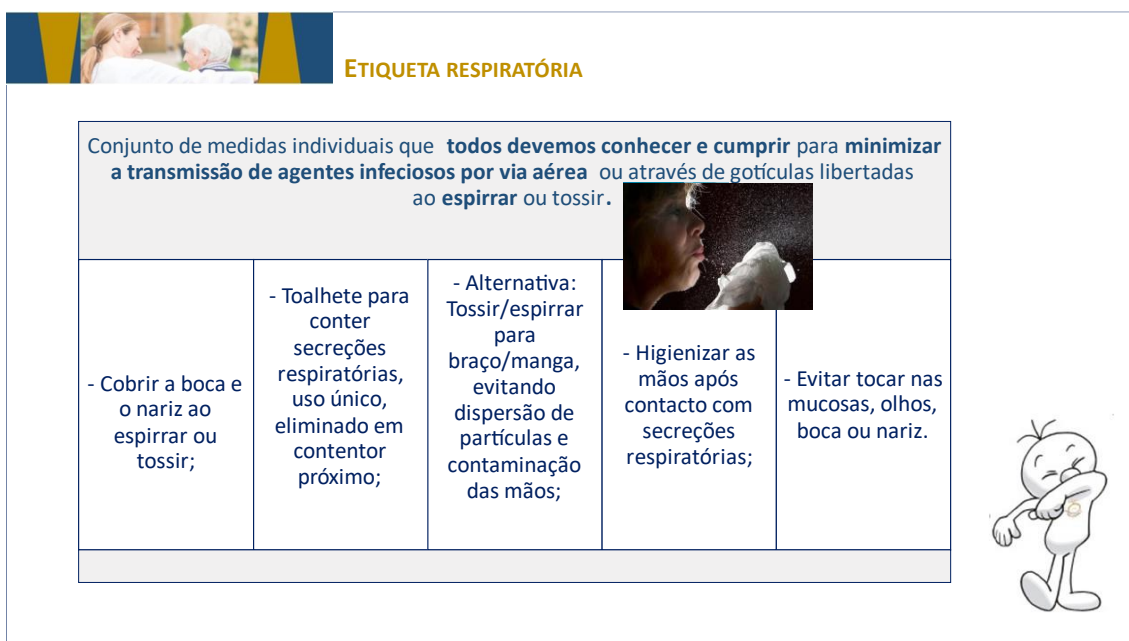
- Quando
 - Tocar em feridas.
 - Tossir, espirrar, assoar.
 - Manusear alimentos, utensílios, superfícies e dispositivos que possam estar contaminadas (ex: algalias).
 - Pausas para o café ou almoço, especialmente depois de fumar.
 - Antes e após a utilização das instalações sanitárias.
 - Antes de colocar luvas e logo após a sua remoção.
 - Utilizar quando as mãos estiverem visivelmente sujas e no caso de procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais.

Ex: Clostridium difficile as mãos devem ser lavadas com água e sabão .



HIGIENE DAS MÃOS



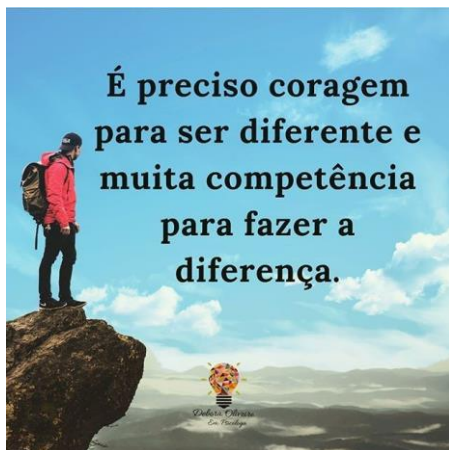



ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Conjunto de medidas individuais que **todos devemos conhecer e cumprir para minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea** ou através de gotículas libertadas ao espirrar ou tossir.

- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;	- Toalhete para conter secreções respiratórias, uso único, eliminado em contentor próximo;	- Alternativa: Tossir/espirrar para braço/manga, evitando dispersão de partículas e contaminação das mãos;	- Higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;	- Evitar tocar nas mucosas, olhos, boca ou nariz.
---	---	---	--	--



Obrigada

CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Apêndice 6 - Suporte informático para segunda sessão formativa

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

CONTROLO DE INFECÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO



Noémia Moás

Novembro 2022



CONTROLO DE INFECÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Objetivos

Geral	Promover a importância das PBCI na prevenção e controlo de infeção em contexto domiciliário
Específicos	 Divulgar conhecimentos sobre precauções básicas de controlo de infeção em contexto domiciliário
	 Desenvolver estratégias de controlo de infeção para a prática de cuidados em contexto domiciliário
	 Estabelecer orientações de boa prática de prevenção e controlo de infeção em contexto domiciliário



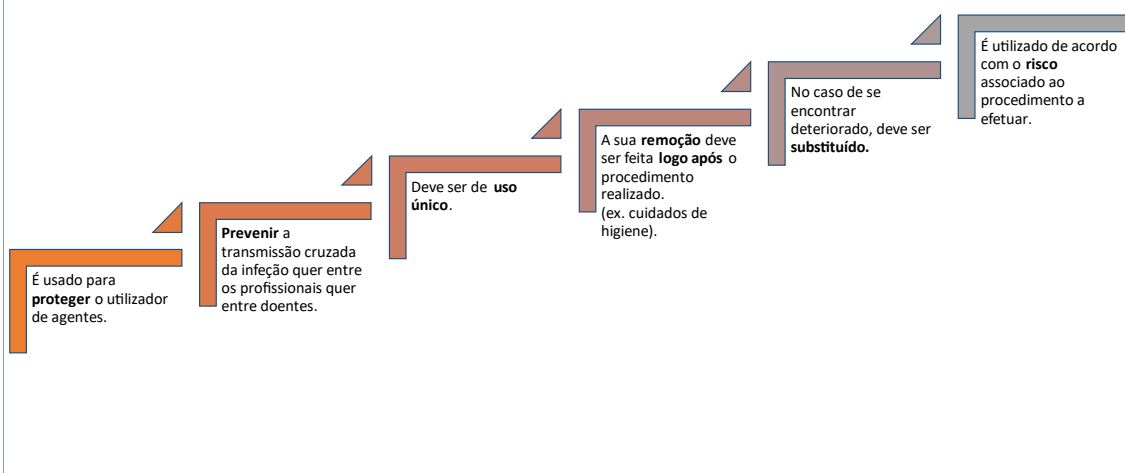
CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- EPI – equipamento de proteção individual.
 - Uso EPI
 - Colocação e remoção do EPI
- Controlo Ambiental
 - Limpeza e desinfecção das superfícies
 - Princípios gerais da limpeza
 - Remoção de derrames



EPI – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL





EPI – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



- Luvas
- Aventais
- Batas de manga comprida
- Proteção ocular (óculos / viseira)
- Máscara
- Calçado



DGS - Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013



EPI – USO DE LUVAS

- Devem ser utilizadas quando há **risco** de exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos (ex. feridas, urina, secreções).

- Devem ser as **últimas a colocar e as primeiras a retirar.**



- **Adequadas** ao profissional.

- Não substituem a necessidade de **higienização** das mãos.



EPI - Uso do EPI

AVENTAIS E BATAS



Aventais

- Protege a roupa quando há possibilidade de contaminação
- Quando envolvem o contato direto com o utente



Batas

- Quando há risco acrescido de salpicos de sangue / fluidos orgânicos

← Substituir no final do procedimento e entre doentes →

CALÇADO

- Antiderrapante, fácil de limpar.
- Deve apoiar e cobrir todo o pé , evitando a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos.



EPI - MÁSCARAS

MÁSCARA CIRÚRGICA



Destinado a cobrir a boca e o nariz.



Protege, tanto os doentes, como os profissionais, da contaminação com microrganismos/ fluidos orgânicos.



Não protege da inalação de pequenas partículas/ aerossóis.



Utilizada na prestação de cuidados a utentes cujos procedimentos não geram aerossóis. (ex: durante cuidados de higiene, alimentação, limpeza do ambiente envolvente)

MÁSCARAS FFP2 OU KN95



Destinadas a proteger o utilizador da inalação de partículas de pequenas dimensões



Recomendado nos casos em que o agente infeccioso se transmite por via aérea (ex. *Mycobacterium tuberculosis*)



Utilizadas na prestação de cuidados a utentes cujos procedimentos sejam geradores de aerossóis





EPI - COLOCAÇÃO



- 1º Máscara
- 2º Bata/ Avental
- 3º Proteção ocular
- 4º Luvas



EPI - REMOÇÃO



- 1º Luvas
- 2º Proteção ocular
- 3º Bata/ Avental
- 4º Máscara





CONTROLO AMBIENTAL

- As superfícies contaminadas podem servir de reservatórios de potenciais agentes patogénicos.
- A transferência de microrganismos das superfícies ambientais para os doentes é feita pelo contacto das mãos dos profissionais de saúde com as superfícies.
- São medidas fundamentais de controlo da qualidade do ambiente.
- Podem contribuir de forma significativa para a diminuição das IACS.

Salienta-se a extrema importância das higiene das mãos.

A limpeza e desinfeção das superfícies ambientais é fundamental para a reduzir a incidência da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).



CONTROLO DE INFEÇÃO - PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Tempo de sobrevivência dos microrganismos nas superfícies

Microrganismo	Sobrevivência (intervalo)
Acinetobacter	3 dias a 5 meses
Escherichia coli	1,5 horas a 16 meses
Enterococcus	5 dias a 4 meses
Klebsiella	2 horas a > 30 meses
Staphylococcus aureus	7 dias a 7 meses
Pseudomonas	6 horas a 16 meses



CONTROLO AMBIENTAL

LIMPEZA

- Remoção da sujidade e dos microrganismos.
- Através da fricção das superfícies.
- A lavagem com água e sabão remove a maior parte dos microrganismos.
- A utilização de água quente melhora e facilita a secagem.

DESINFEÇÃO

- Destruição ou inativação de microrganismos na forma vegetativa.



CONTROLO AMBIENTAL

A limpeza pode ser feita por meio:

QUÍMICO

- Proveniente da ação de produtos químicos. (ex: utilização de detergentes)

MECÂNICO

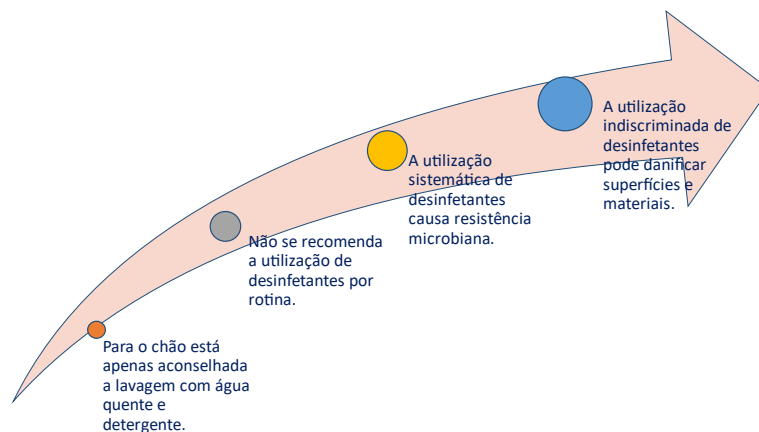
- Proveniente do ato de esfregar. (manualmente ou máquina)

MEIO TÉRMICO

- Proveniente da ação do calor. Sempre que a temperatura for alta pode ter por si só uma ação desinfetante ou esterilização



CONTROLO AMBIENTAL - LIMPEZA



CONTROLO AMBIENTAL – PRINCÍPIOS GERAIS DA LIMPEZA

Não adicionar desinfetantes aos detergentes.

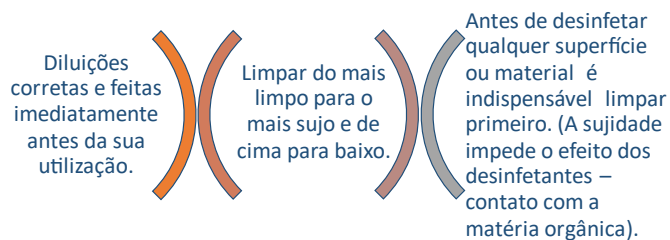
O tempo de contacto dos desinfetantes com a superfície ou material deve ser o recomendado.

Lavar **sempre** o recipiente que utilizou o desinfetante.



CONTROLO AMBIENTAL – PRINCÍPIOS GERAIS DA LIMPEZA

Os funcionários que promovem a limpeza devem estar conscientes da **importância** do seu papel e das suas **responsabilidades**



CONTROLO AMBIENTAL – REMOÇÃO DE DERRAMES

SALPICOS OU DERRAMES	DESINFETANTE	EPI
	Hipoclorito de sódio (lixívia)	
Salpicos ou derrames <u>Até</u> 30cc (com exceção de urina)	- Cobrir, toda a área do derrame, com celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) a 1%. 1 medida de Hipoclorito de Sódio/ Lixívia com 4 medidas de água por litro, deixando atuar durante 5 minutos. - Remover a celulose os toalhetes e depositar no saco de resíduos. - Lavar em seguida com água quente e detergente.	Luvas
Salpicos ou derrames <u>Superiores</u> a 30cc (com exceção de urina)	<i>Circunscrever a área do derrame com celulose, de forma a evitar a dispersão dos líquidos</i> - Cobrir, toda a área do derrame, com celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) a 1%. 1 medida de Hipoclorito de Sódio/ Lixívia com 4 medidas de água por litro, deixando atuar durante 5 minutos. - Remover a celulose os toalhetes e depositar no saco de resíduos. - Lavar em seguida com água quente e detergente.	Luvas



CONTROLO AMBIENTAL – REMOÇÃO DE DERRAMES

PARA SUPERFÍCIES SEM CONTAMINAÇÃO EVIDENTE

35ml lixívia – 1l água

175ml lixívia – 5l água

PARA SUPERFÍCIES CONTAMINADAS

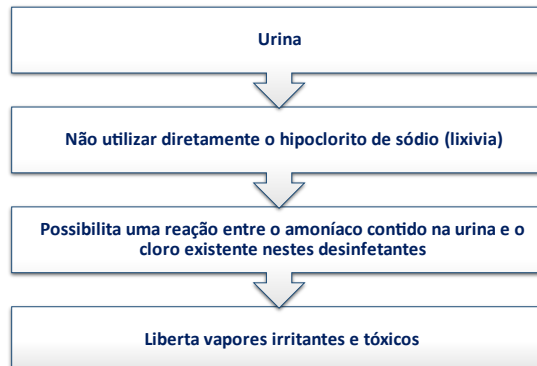
200ml lixívia – 800ml água

100ml lixívia – 400 ml água

50 ml de lixívia – 200 ml água



CONTROLO DE INFEÇÃO - REMOÇÃO DE DERRAMES





CONTROLO DE INFEÇÃO: PRÁTICAS EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Apêndice 7 - Questionários de avaliação formativa das sessões

CONTROLO DE INFEÇÃO - PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

Questionário de avaliação formativa 1

O questionário tem como objetivo avaliar os conhecimentos adquiridos com atividade formativa efetuada.

Higiene das mãos

Assinale a sua resposta com V – Verdadeiro ou F - Falso

Questão	V	F
1. A higiene das mãos é uma medida simples e eficaz na prevenção e controlo de infeção.		
2. Uma das formas de quebrar a cadeia de transmissão de infeção é através da higiene das mãos.		
3. Os 5 momentos para a higiene das mãos são: 1 – Antes do contacto com o doente, 2 – Antes de procedimentos limpos e assépticos; 3 – Após o risco de exposição a fluidos orgânicos; 4 – Após o contato com o doente; 5 – Após o contato com o ambiente envolvente do doente.		
4. No caso de procedimentos a utentes com suspeita de Clostridium as mãos devem ser lavadas com sabão.		
5. A utilização de adornos (pulseiras, anéis, relógios de pulso ou outros produtos que possam entrar em contato com o doente) é um dos princípios da higiene das mãos.		
6. O SABA (Solução antissética de base alcoólica) não é mais rápido e eficaz do que a lavagem das mãos.		

Etiqueta respiratória

Assinale a sua resposta com V – Verdadeiro ou F - Falso

Questão	V	F
1. As medidas da etiqueta respiratória permitem minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas libertadas ao espirrar ou tossir.		
2. Os profissionais promovem medidas de cumprimento de etiqueta respiratória ao fornecer lenços, toalhetes e acesso ao SABA a crianças e idosos.		
3. O lenço de papel serve para conter as secreções respiratórias e deve ser colocado de seguida no bolso.		

Obrigada

CONTROLO DE INFEÇÃO - PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

Questionário de avaliação formativa 2

O questionário tem como objetivo avaliar os conhecimentos adquiridos com atividade formativa efetuada.

Equipamento de Proteção Individual - EPI

Assinale a sua resposta com V – Verdadeiro ou F - Falso

Questão	V	F
1. As luvas são as últimas a colocar e as primeiras a remover.		
2. Quando usamos luvas não necessitamos higienizar as mãos.		
3. O tamanho das luvas a usar não é importante		
4. O avental, a máscara e as luvas é a ordem em que devo colocar o EPI.		

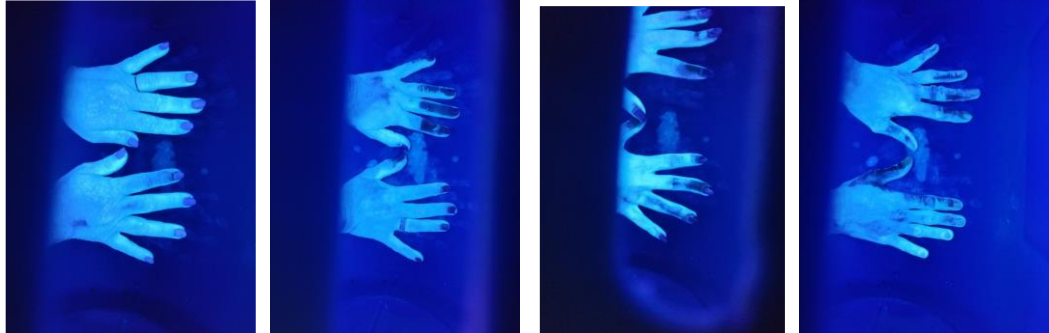
Controlo ambiental

Assinale a sua resposta com V – Verdadeiro ou F - Falso

Questão	V	F
1. No processo de limpeza, devemos primeiro desinfetar e depois limpar.		
2. Para limpar devemos fazê-lo de cima para baixo e do mais limpo para o mais sujo.		
3. Em caso de derrame de urina não devemos colocar diretamente por cima o hipoclorito (lixívia) pois a sua reação liberta vapores irritantes e tóxicos.		

Obrigada

Apêndice 8 - Fotografias da atividade participativa sobre a higiene das mãos



Atividade participativa

Apêndice 9 - Questionário de avaliação das sessões

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formação: _____

Formador: _____

Data: _____

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante, pois permite a melhoria contínua e ajuste de conteúdos e métodos em ações futuras.

Por favor marque com X, na sua opinião como classifica esta formação, sendo atribuída classificação de:

MB - Muito bom B - Bom S - Suficiente I - Insuficiente M - Mau

	MB	B	S	I	M
1. Conteúdos programáticos e métodos					
Interesse dos conteúdos					
Interesse/ utilidade dos conteúdos					
Métodos utilizados					
2. Formador					
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Gestão do tempo disponível					
3. Organização da ação					
Instalações e condições ambientais					
Equipamentos didáticos					
Cumprimento de horários					
4. Avaliação global da ação de formação					
Temas abordados					
Utilidade da ação de formação					
Globalmente a ação de formação					

Observações/Sugestões

Obrigada pela sua colaboração

Apêndice 10 - Suporte informático de divulgação do projeto à UCC



OBJETIVOS

☐ Geral

- Apresentar o projeto à equipa da [redacted]

☐ Específicos

- Divulgar os resultados do projeto
- Divulgar a importância do controlo de infeção
- Difundir conhecimento sobre controlo de infeção

INTRODUÇÃO

- As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma preocupação à escala mundial e trata-se de um problema de saúde pública. (Paiva et al, 2021)
- Estão relacionadas com a prestação de cuidados e cerca de 1/3 das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis. (DGS, 2017)
- A OMS (2021) apoia a necessidade de investir na prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde primários considerando imperativo o fortalecimento e implementação de medidas preventivas direcionadas para os recursos existentes.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

É uma infeção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão.

Estão também incluídas as infeções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta.

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ECDC e OMS

- Das 8,9 milhões de IACS que ocorrem anualmente, mais de metade são evitáveis.
- Não se conhece a dimensão do problema das IACS na prestação de cuidados fora dos hospitais.
- Epidemia silenciosa.
- Estratégias de melhoria multimodal tem sido utilizadas como principal estratégia na educação, treino e implementação das medidas de controlo de infeção.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

IACS

- Aacarretam morbilidade e mortalidade
- Prolongamento nos internamentos
- Aumento dos custos em saúde

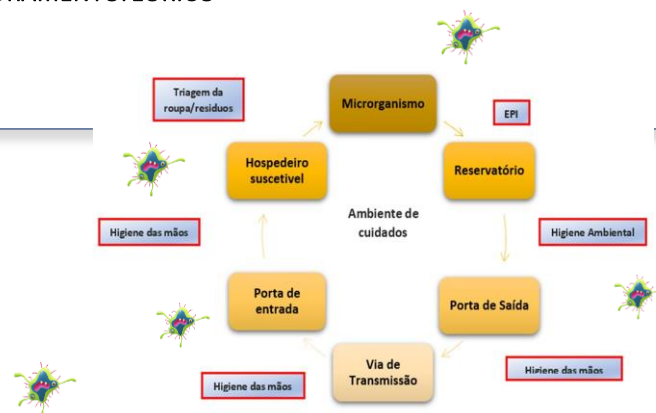
(Paiva et al, 2021)



PBCI (Precauções Básicas de Controlo de Infeção)

- Principal foco a quebra da cadeia de transmissão
- Regras de boas práticas
- Diminui o risco de infeções e infeções cruzadas (Resendes, 2015).

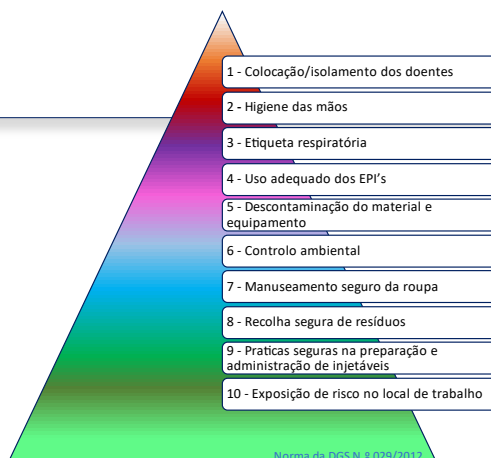
ENQUADRAMENTOTEÓRICO



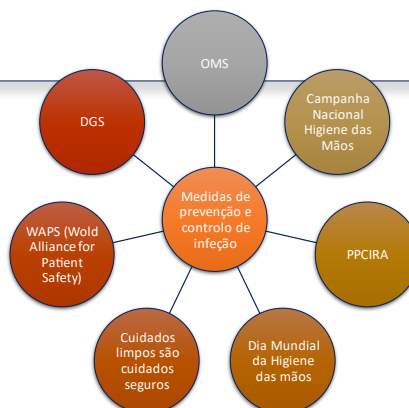
Fonte: adaptado de Pina et al (2019)

ENQUADRAMENTOTEÓRICO

PBCI



ENQUADRAMENTO TEÓRICO



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Estratégias de adesão às medidas de controlo de infeção às Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Cuidados de Saúde Primários onde as taxas de adesão atuais ainda são muito baixas. (DGS, 2017)
- As medidas de prevenção e controlo de infeção tem vindo a ser promovidas nos profissionais de saúde. No entanto, como medida alargada, a ECDC considera o envolvimento da comunidade uma maisvalia com foco na obtenção de ganhos em saúde (ECDC, 2022).



MODELO TEÓRICO- NOLA PENDER - MPS

A promoção da saúde é motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e realizar o potencial humano (Pender, 1996)

As pessoas procuram criar condições de vida por meio das quais possam expressar o seu próprio potencial para a saúde.

As pessoas têm capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a valorização das suas próprias competências.

As pessoas valorizam o crescimento nas direções observadas como positivas e a tentativa de alcançar um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade

Os indivíduos procuram ativamente regular seu próprio comportamento.

As pessoas interagem com o ambiente levando em consideração toda a sua complexidade biopsicossocial, transformando progressivamente o ambiente

Os profissionais de saúde fazem parte do ambiente interpessoal, que influencia as pessoas ao longo das suas vidas

A reconfiguração autoiniciada dos padrões interativos pessoa ambiente é essencial para a mudança de comportamento

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Elaboração do plano

- Diagnóstico de situação
- Definição de prioridades
- Fixação de objetivos
- Seleção de estratégias
- Elaboração de programas/projetos
- Preparação para a execução



Etapas do planeamento em saúde

Execução

Avaliação

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



Pesquisa documental

- INE
- Pordata-SNS
- OMS



Dados locais
- Vigilância epidemiológica



Colheita de dados
- Questionário

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

União Europeia (EU)

Prevalência das IACS é:
- 98.000 doentes em ambiente hospitalar
- 130.000 residentes em unidades de cuidados continuados

*1 em cada 15 doentes nos hospitais e
1 em cada 26 nas unidades de cuidados continuados.*

Das 8,9 milhões de IACS anuais, mais de metade são evitáveis.

ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

União Europeia (EU)

- 670.000 infeções são causadas por bactérias resistentes a antibióticos e destes,
- 33.000 morrem por causa direta devido a estas infeções.



- Aumento significativo de E.Coli e Klebsiella Pneumoniae com resistência aos carbapenemos e de Enterococcus fecal com resistência à vancomicina, no período de 2016-2020.

(ECDC, 2022)

ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Em Portugal

- Em cada 100 doentes internados no hospital, 7,8 adquiriram uma infeção associada aos cuidados de saúde.

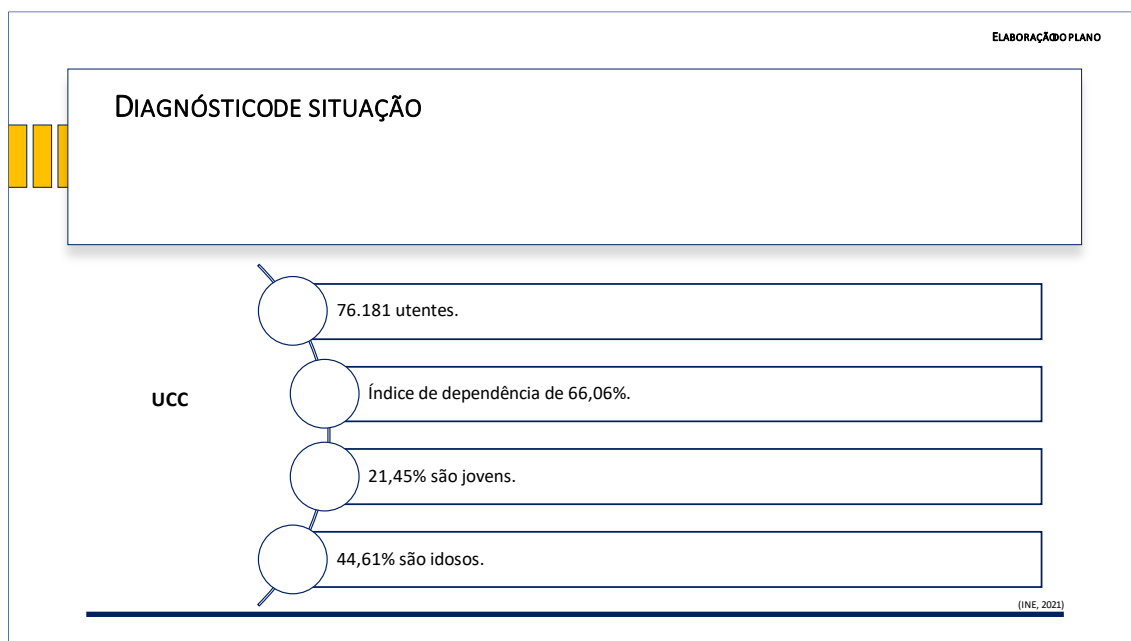
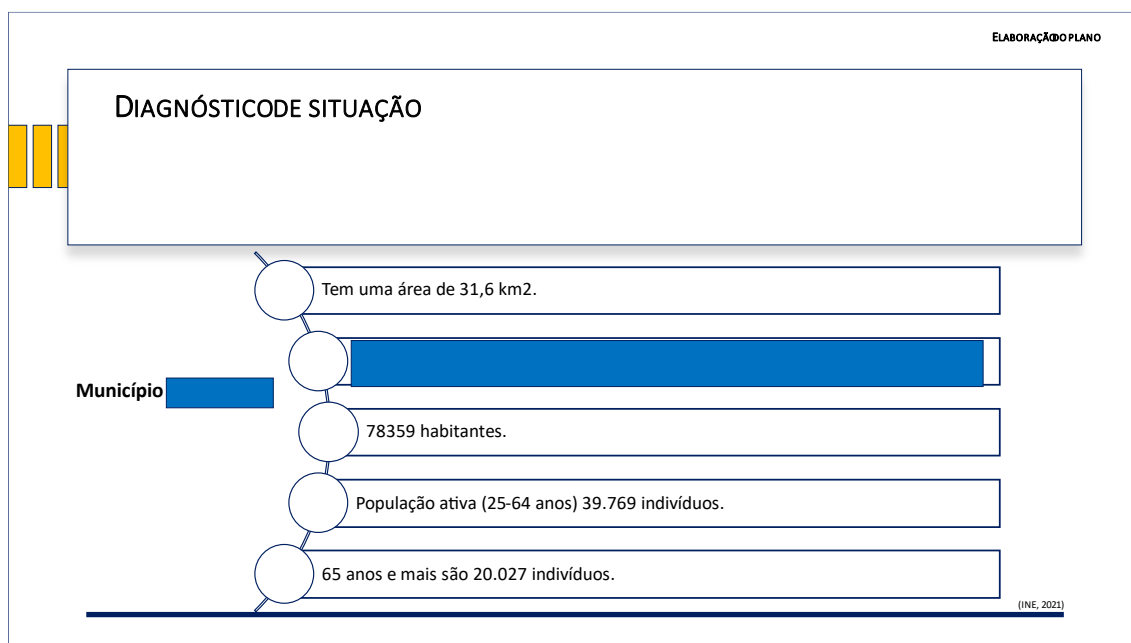
- A vigilância epidemiológica é realizada em contexto hospitalar, não havendo dados que mostrem a real dimensão das IACS na comunidade.

- O número de população em idade ativa (15-64 anos) diminuiu de 65,2 % para 64,1% e em contrapartida a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) aumentou de 20,7% para 22,4%

- Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico



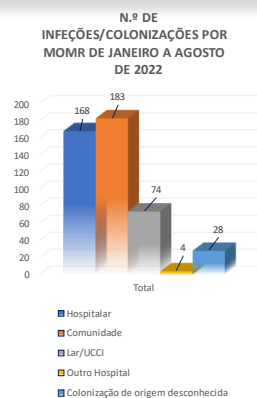
(INE, 2021)



ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

• DADOS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO

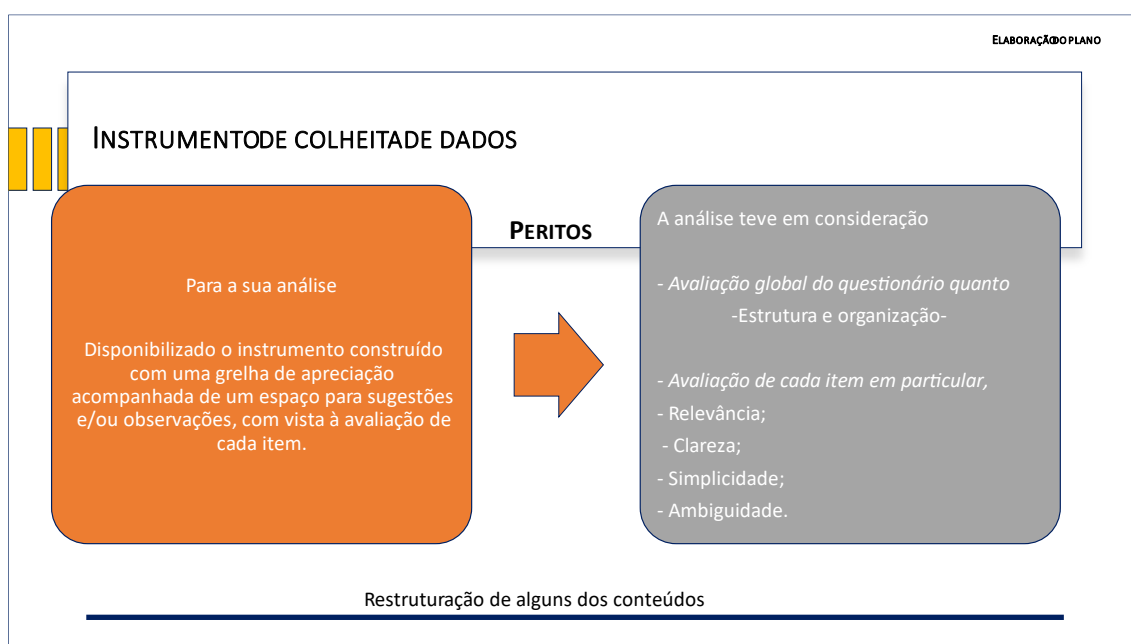
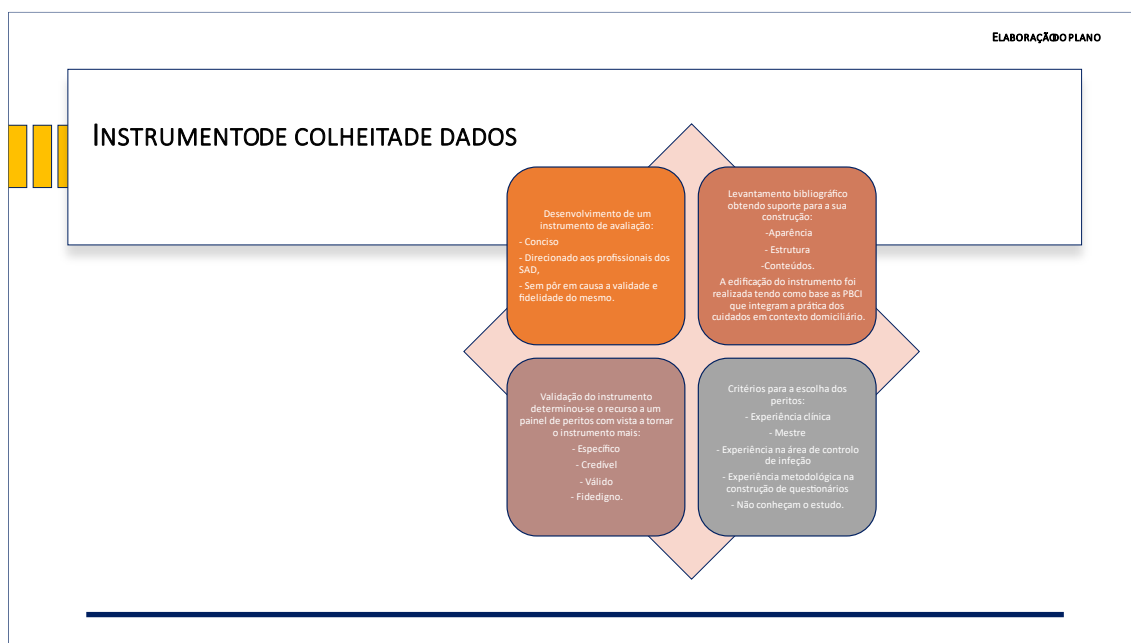


- Necessidade de intervir na comunidade no âmbito da prevenção e controlo da infeção.
- Cada vez maior o recurso aos SAD.
- Analisar e incitar nos funcionários dos SAD a necessidade de ações de prevenção e controlo da infeção na prática de cuidados no domicílio.

ELABORAÇÃO DO PLANO

POPULAÇÃO ALVO/ AMOSTRA

- Considerou-se como população os AAD (ajudantes de ação direta) dos SAD (serviços de apoio domiciliário) a exercerem funções na IPSS do concelho [REDACTED]
- Este trabalho foi desenvolvido com a amostra de 21 AAD a exercerem funções na instituição [REDACTED]
- Critérios de inclusão: Todas as AAD a exercerem funções na instituição [REDACTED] que queiram participar no estudo.



ELABORAÇÃO DO PLANO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

“Perceção e conhecimento dos profissionais dos SAD (Serviços de Apoio Domiciliário) sobre as PBCI (precauções básicas de controlo de infeção)”

Constituído por 15 perguntas fechadas de caracterização social, de experiência profissional, de formação e de perceção e conhecimento sobre controlo de infeção.

Durante a realização do estudo foram respeitados os procedimentos éticos e legais para a sua aplicabilidade.

O preenchimento do questionário decorreu com a autorização dos respetivos participantes nas instalações da instituição mantendo o anonimato dos mesmos.

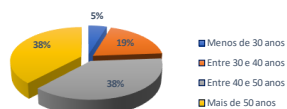
O tratamento dos dados fundamentouse na metodologia de análise quantitativa pela interpretação dos números e percentagens obtidos.

ELABORAÇÃO DO PLANO

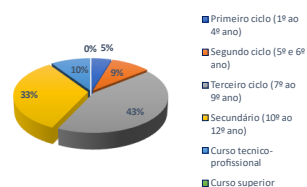
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

- 100% género feminino

IDADE



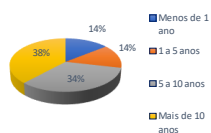
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS



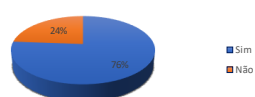
ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

Tempo de trabalho de cuidados formais



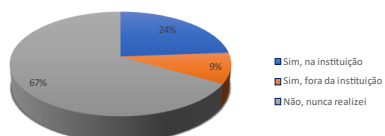
Formação na prestação de cuidados à pessoa dependente



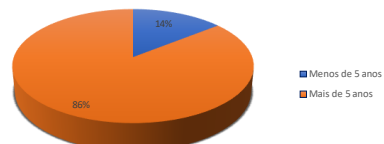
ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

Formação sobre controlo de infeção



Formação sobre controlo de infeção

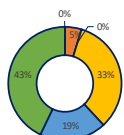


ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

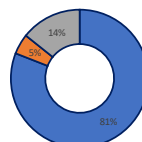
Conhecimento sobre controlo de infeção

- Não aplico
- Aplico às vezes
- Aplico sempre
- Raramente aplico
- Aplico quase sempre
- Não tenho conhecimento suficiente



Gostaria de receber formação regular CI

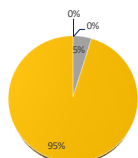
- Sim
- Não
- Indiferente



ELABORAÇÃO DO PLANO

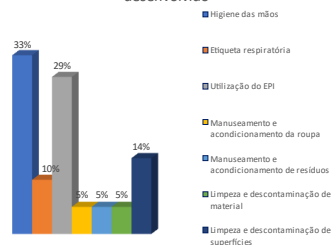
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

Importância higiene das mãos na prevenção de infeções nos cuidados prestados no domicílio



- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

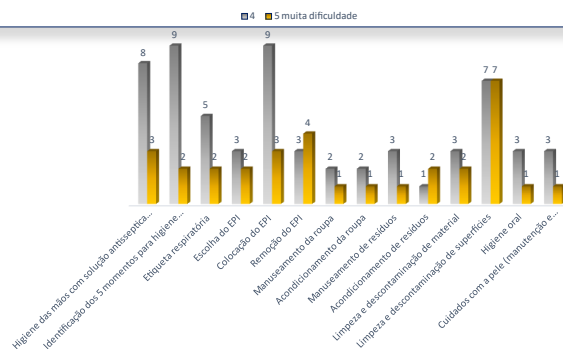
Tema que gostaria mais de ver desenvolvido



ELABORAÇÃO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

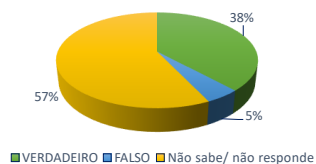
Área de maior dificuldade no desempenho



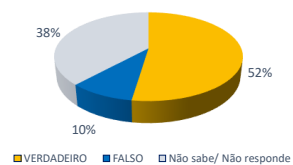
ELABORAÇÃO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

A UTILIZAÇÃO DE UNHAS DE GEL/GELINHO AUMENTA O RISCO DE TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES



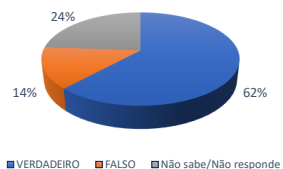
NO CASO DE DERRAME DE FLUIDO ORGÂNICO (POR EXEMPLO: URINA) DEVO COLOCAR IMEDIATAMENTE POR CIMA HIPOCLORITO DE SÓDIO (LIXÍVIA) PARA DESINFETAR



ELABORAÇÃO DO PLANO

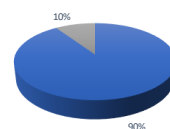
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

O HIPOCLORITO DE SÓDIO (LIXÍVIA) PURO NA DESINFECÇÃO É MAIS EFICAZ DO QUE DILUÍDA EM ÁGUA



QUANDO TROCO OS LENÇÓIS DA CAMA...

- Agito o lençol rapidamente para o abrir
- Desdobro o lençol ordenadamente para o abrir

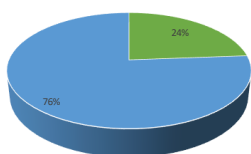


ELABORAÇÃO DO PLANO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-RESULTADOS

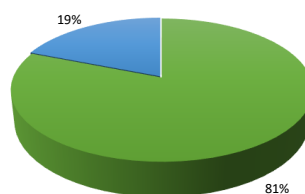
Ordem de colocação do EPI

- Máscara, avental e luvas
- Máscara, luvas e avental



ORDEM DE REMOÇÃO DO EPI

- Avental, luvas e máscara
- Luvas, avental e máscara



ELABORAÇÃO DO PLANO

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

A - Conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e indicações)

Dificuldade de desempenho técnica de higienização mãos

Défi ce de conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e momentos)

Dificuldade sentida sobre indicações para a higienização das mãos pelo método de fricção antisséptica;

B - Conhecimento sobre as componentes princípios básicos de limpeza

Dificuldade sentida na limpeza e descontaminação de superfícies

Défi ce de conhecimentos sobre limpeza/remoção de derrames

Carência de informação sobre as componentes princípios básicos de limpeza

C - Conhecimentos/técnica/procedimento sobre EPI (colocação e remoção)

Défi ce de conhecimentos sobre uso de EPI (colocação e remoção)

D - Dificuldade sentida sobre etiqueta respiratória

E - Conhecimento sobre manuseamento de roupa

Défi ce de conhecimento sobre manuseamento de roupa

ELABORAÇÃO DO PLANO

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

	Grelha de ponderação			
	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
A Conhecimentos sobre medidas de segurança (higiene mãos princípios e indicações)	3	3	3	9
B Conhecimento sobre as componentes princípios básicos de limpeza	3	3	3	9
C Conhecimentos/técnica/procedimento sobre EPI (colocação e remoção)	3	2	2	7
D Dificuldade sentida sobre etiqueta respiratória	2	3	2	7
E Conhecimento sobre manuseamento de roupa	3	1	1	5

Nível 1: Pouco prioritário
Nível 2: Medianamente Prioritário
Nível 3: Muito prioritário

ELABORAÇÃO DO PLANO

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Geral

- Contribuir para a capacitação dos profissionais do SAD da IPSS no âmbito das PBCI

Específicos

- Promover os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)
- Aumentar o conhecimento dos profissionais do SAD atribuem relativamente à etiqueta respiratória

ELABORAÇÃO DO PLANO

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS / METAS / INDICADORES

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES
Promover os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD convocados estejam presentes nas sessões de educação para a saúde sobre PBCI	n.º de profissionais do SAD presentes nas sessões de educação para a saúde sobre as PBCI/n.º total de profissionais do SAD convocadosx100
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 3 das questões sobre os princípios de higiene das mãos (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre a higiene das mãos/n.º total de questões respondidas relativamente aos princípios de higiene das mãos x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)	Que 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde sobre o uso de EPI respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o uso EPI (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre o uso de EPI/n.º total de questões respondidas relativamente ao uso do EPI x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)

ELABORAÇÃO DO PLANO

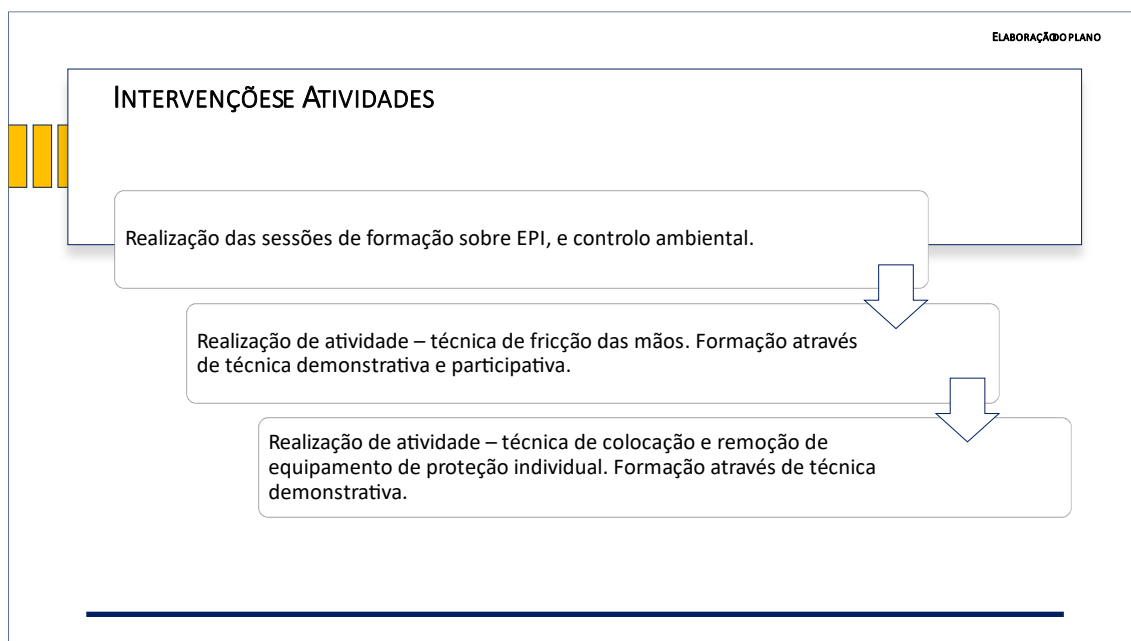
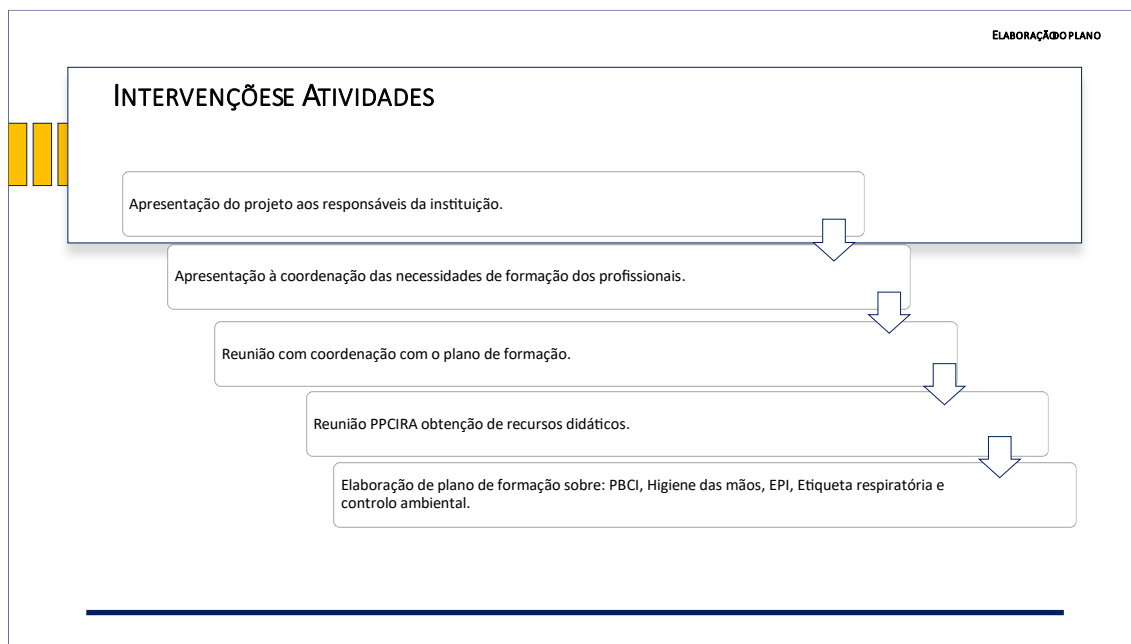
FIXAÇÃO DE OBJETIVOS/ METAS/ INDICADORES

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o controlo ambiental. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de respostas corretas respondidas sobre o controlo ambiental/n.º total de questões respondidas relativamente ao controlo ambiental x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD atribuem relativamente à etiqueta respiratória	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente às 2 questões sobre etiqueta respiratória. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de 2 respostas respondidas corretas/n.º total das 2 questões respondidas etiqueta respiratória x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)

ELABORAÇÃO DO PLANO

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

ESTRATÉGIAS	PERTINÊNCIA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Desenvolver parcerias	Divulgação do projeto	Obtenção de recursos/ patrocínios/criação de redes de cooperação e partilha	Carece de preparação prévia de burocracia. Possível indisponibilidade
Formação e educação para a saúde	Contribuição para o empoderamento dos profissionais do SAD. Transmissão de conhecimentos e informação.	Recurso acessível, eficaz e passível de ser económico. Aumento da informação e conhecimentos sobre o tema.	Dependente da autorização da instituição e recetividade e motivação dos profissionais para participarem
Processo de comunicação e marketing	Disseminação de informação	Recurso acessível. Permite a partilha de conteúdos a qualquer altura	Implica trabalho contínuo ao nível da motivação e conteúdo.
Dinâmica e envolvimento dos profissionais	Participação e envolvimento dos profissionais	Facilidade comunicação. Permite a partilha de informação	Dependente da disponibilidade e motivação e recetividade dos profissionais



ELABORAÇÃO DO PLANO

AVALIAÇÃO

ATIVIDADES	META	INDICADOR	AVALIAÇÃO/RESULTADO
Reunião com coordenação da instituição X	Realizar 100% das reuniões para apresentar o projeto de intervenção, os dados de diagnóstico e os resultados aos responsáveis da instituição	n.º de reuniões realizadas / n.º de reuniões previstas (3/3*100)	Meta atingida (realizaramse todas as reuniões previstas)
Aplicar o questionário de diagnóstico de situação junto da população alvo no período de 4 a 11 de outubro	Que o questionário seja entregue a 100% dos funcionários em serviço no período estipulado	n.º de questionários entregues/ n.º funcionários em serviço no período estipulado	Meta atingida (foram entregues os questionários a todos os funcionários em serviço no período estipulado)
Elaborar sessões de educação para a saúde para os profissionais da instituição X	Apresentar 100% das sessões de educação para a saúde aos profissionais da instituição X	n.º de sessões realizadas/n.º de sessões previstas (2/2*100)	Meta atingida (foram realizadas 2 sessões de educação para a saúde aos profissionais da instituição X)

ELABORAÇÃO DO PLANO

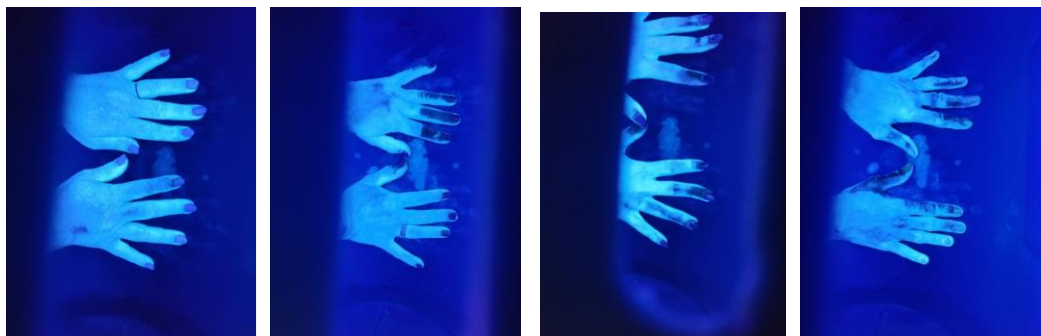
AVALIAÇÃO

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES	RESULTADOS
Promover conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente às PBCI em contexto domiciliário	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD convocados estejam presentes nas sessões de educação para a saúde sobre PBCI.	n.º de profissionais do SAD presentes nas sessões de formação sobre as PBCI/n.º total de profissionais do SAD convocados x100	18/21*100 = 80,9% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente aos princípios da higiene das mãos	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 4 das questões sobre os princípios de higiene das mãos. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 4 ou mais respostas corretas/n.º total de questionários de avaliação formativa respondidos x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	16/18*100 = 88,8% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao uso EPI (colocação e remoção)	Que 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde sobre o uso de EPI respondam corretamente a pelo menos 3 das questões sobre o uso EPI (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 3 ou mais respostas corretas, sobre o uso de EPI/n.º total de questões colocadas relativamente ao uso do EPI x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	17/18*100 = 94,4% Meta atingida

AVALIAÇÃO

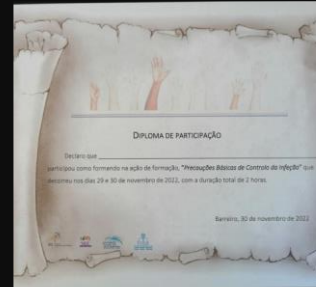
(continuação)

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	INDICADORES	RESULTADOS
Aumentar os conhecimentos dos profissionais do SAD relativamente ao controlo ambiental (limpeza e desinfeção de superfícies)	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente a pelo menos 2 das questões sobre o controlo ambiental. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 2 ou mais respostas corretas/n.º total de questões respondidas relativamente ao controlo ambiental x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	18/18*100 = 100% Meta atingida
Aumentar os conhecimentos dos profissionais dos SAD atribuem relativamente à etiqueta respiratória	Que pelo menos 80% dos profissionais do SAD presentes na sessão de educação para a saúde respondam corretamente às 2 questões sobre etiqueta respiratória. (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	n.º de questionários com 2 ou mais respostas corretas /n.º total de questões respondidas relativamente a etiqueta respiratória x100 (a avaliar no questionário de avaliação da formação)	18/18*100 = 100% Meta atingida



Sessões de formação

- Diploma de participação
- Mascotes de lembretes



Se você está andando no caminho certo e está disposto a continuar caminhando, eventualmente, você vai progredir.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças [ECDC] (2018). Healthcare-associated infections - a treat to patient in europe. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/publicationsdata/healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). Estatísticas da Saúde. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/scripts/db_censos2021.html
- Norma da DGS n.º 029/2012. (2013). precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf (min-saude.pt)
- Pina, Elaine; Peres, David (2008). Vigilância epidemiológica na infeção associada a cuidados de saúde. Nursing. 239, 2-3.
- Pittet D., Allegranzi B., Storr J., Bagheri N. S., Dziekan G., Leotsakos A., et al. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. J Hosp Infect.; 68(4):285-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2007.12.013>
- Portal Nacional (2022). Barreiro. Barreiro - Setúbal - Portal Nacional
- Sistema Nacional de Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/30019/3150752/Pages/default.aspx>
- Sousa, M. M. (2011). Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas. Cascais: Principia ISBN: 9789897160288
- Sousa, M. M. G. D., & Menezes, M. O. (2015). Humanização dos Cuidados na Terceira Idade: Melhorar a Prática e o Desempenho Profissional no CSCRQ. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. (Microsoft Word Sousa, Manuela _2015_ Humaniza\347\343o, Mestrado) (ismt.pt)
- Swanson, J., & Jeanes, A. (2011). Infection control in the community: a pragmatic approach. British Journal of Community Nursing. 16(6), 282–288. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011206812&lang=pt-br&site=ehost-live>