INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para melhorar

Vanda Luísa Palma da Cruz

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para melhorar

Vanda Luísa Palma da Cruz

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2021

Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para Melhorar

Vanda Luísa Palma da Cruz

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Orientador: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Data: 26 de outubro de 2021

Tente mover o mundo - o primeiro passo será mover a si mesmo.

Platão

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Orientadora VC pela calma, disponibilidade, atenção.

À Professora Doutora Ana Clara Nunes pela orientação, partilha e incentivo.

À equipa multidisciplinar da USP pelo carinho.

Aos meus colegas da UCSP ALEO pela compreensão e suporte.

À minha mãe e ao meu pai por estarem sempre presentes.

Ao Fábio pela compreensão.

À minha filha Mariana, por ser a minha grande motivação.

RESUMO

Introdução: As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde constituem uma problemática a nível mundial. As precauções básicas de controlo de infeção são encaradas como estratégias com o intuito de colmatar os malefícios destas infeções.

Objetivo: Promover a aplicação correta das precauções básicas de controlo de infeção, por parte dos profissionais de saúde, de uma instituição de saúde do Sotavento Algarvio.

Metodologia: A metodologia utilizada foi a de Planeamento em Saúde. Para a fase de diagnóstico foi realizado um estudo descritivo, com recurso à grelha de auditorias das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, a 50 profissionais de saúde, acerca da aplicação das precauções básicas de controlo de infeção.

Resultados: A falta de conhecimentos acerca dos componentes da etiqueta respiratória, o uso incorreto de equipamento de proteção individual e a existência de contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente foram os principais problemas identificados.

Conclusão: Constatou-se que apesar da formação frequente acerca das precauções básicas de controlo de infeção, esta continua a ser uma área com necessidade contínua de intervenção.

Palavras-chave: Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Profissionais de Saúde

ABSTRACT

Introduction: Healthcare-Associated Infections are a worldwide problem. Infection control practices are seen as strategies aimed at overcoming the harm caused by these infections.

Objective: Promote the correct application of basic infection control precautions by health professionals at a health institution in the Eastern Algarve

Methodology: The methodology used was that of Health Planning. For the diagnosis phase, a descriptive study was carried out, using the audit grid of Basic Precautions for Infection Control, to 50 health professionals, about the application of basic precautions for Infection control.

Results: The lack of knowledge about the components of the respiratory label, the incorrect use of individual protection equipment and the existence of inadequate and insufficient waste containers were the main problems identified

Conclusion: It was found that despite frequent training on basic infection control precautions, continues to be an area in continuous need of intervention.

Keywords: Healthcare Associated Infections, Basic Infection Control Precautions, Community and Public Health Nursing, Health Professionals

SIGLAS/ABREVIATURAS/SÍMBOLOS

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde
ADR- Área Dedicada a Doentes Respiratório
ADR-C- Área Dedicada a Doentes Respiratório na Comunidade
ARS- Administração Regional de Saúde
BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CEPCD- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
CVC- Centro de Vacinação Covid-19
DGS- Direção Geral de Saúde
GCR- Grupos de Coordenação Regional
GCL - Grupos de Coordenação Local
HPM- Health Promotion Model
IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
INE- Instituto Nacional de Estatística
IQ- Índice de Qualidade
MAIEC- Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MRSA- *Staphylococus Aureus* Resistente à Meticilina
NICE- National Institute for Health and Care Excellence
OMS- Organização Mundial de Saúde
OE- Ordem dos Enfermeiros
PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
UAG- Unidade de Apoio à Gestão
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF- Unidade de Saúde Familiar
USP- Unidade de Saúde Pública
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
VRSA- Vila Real de Santo António
WHO-World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO……	14
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO……	18
1- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)……	18
1.1- ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)……	20
2- MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER……	24
3-MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: EMPODERAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE……...	28
4-TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA……..…	32
PARTE II- METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS…….....	34
PARTE III- ENQUADRAMENTO PRÁTICO……	36
1-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE……	36
1.1- CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E DEMOGRÁFICA DOS CONCELHOS ABRANGIDOS PELO ACES SOTAVENTO……	36
1.2- PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS (PPCIRA)……..	41
1.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA……	43
1.4- INSTRUMENTOS PARA RECOLHA DE DADOS……..	44
1.5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS……..	45
1.6- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS/NECESSIDADES…….	54
2- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES ……	57
3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS…….	60
4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS……	62
5-PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO……	66
5.1- PREVISÃO DOS RECURSOS ……..	70
5.2- DIVULGAÇÃO DO PROJETO ……..	71
5.3- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ……..	71
5.4- SEGUIMENTO/FOLLOW-UP DO PROJETO …….	72
6- MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO ……	73
6.1- AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS …….	80

	f
PARTE IV- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS ……..	83
1-COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS……	83
2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA……..	87
3- COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE……	91
CONCLUSÃO……..	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……	96
APÊNDICES……..	103
Apêndice I**- Pedido de autorização ao Coordenador da Unidade de Saúde Pública do ACeS Sotavento ……...**	104
Apêndice II- **Pedido de autorização à Diretora Executiva do ACeS Sotavento……..……..**	106
Apêndice III**- Pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja……**	108
Apêndice IV**- Apresentação do Projeto……**	111
Apêndice V- **Plano de Formação PBCI……..**	116
Apêndice VI**- Apresentação do Plano de Formação PBCI……**	129
Apêndice VII- **Formações do Plano de Formação……**	132
Apêndice VIII- **Relatório com Propostas de Melhoria……**	161
Apêndice IX- **Capa, Índice e Introdução do Protocolo de Funcionamento do ADR-Comunidade……**	166
Apêndice X- **Cronograma de Atividades……..**	170
Apêndice XI- **Resumo do Artigo Científico……..**	172
Apêndice XII**- Fotografia Original com Slogan……..**	176
Apêndice XIII- **Elaboração e Difusão de Cartazes……..**	178
ANEXOS……	180
Anexo I- **Grelha de Auditoria interna ao cumprimento das PBCI……...**	181
Anexo II- **Fórmulas de Cálculo dos Índices de Qualidade (IQ)……..……..**	185
Anexo III- **Parcer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja……**	187
Anexo IV- **Parecer da Diretora Executiva do ACeS Sotavento……..…..**	190

ÍNDICE DE GRÁFICOS

f

Gráfico 1: Evolução entre 1988 e 2017 da Percentagem de Doentes Internados com IACS…….. 42

Gráfico 2: Índice Global Nacional de Qualidade das dez áreas das PBCI, Portugal 2014 – 2016…… 42

ÍNDICE DE FIGURAS

	f
Figura 1: Cadeia de Infeção……	20
Figura 2: Concelhos abrangidos pelo ACeS Sotavento……..	37
Figura 3: Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no ACeS Sotavento……	38
Figura 4: População residente no Sotavento Algarvio……	39
Figura 5: Índice de Envelhecimento nos Concelhos da Região do Algarve…….	40
Figura 6: Grelha de Análise para determinação de Prioridades……	57
Figura 7: Níveis do processamento de comunicação de McQuail……..	64

ÍNDICE DE TABELAS

	f
Tabela 1: Colocação de Doentes……	45
Tabela 2: Higienização das mãos……...	46
Tabela 3: Etiqueta Respiratória……...	46
Tabela 4: Colocação de EPI……	47
Tabela 5: Tratamento do equipamento médico……	48
Tabela 6: Controlo ambiental……..……...	49
Tabela 7: Manuseamento seguro da roupa……...	49
Tabela 8: Recolha segura de resíduos……...	50
Tabela 9: Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis……	50
Tabela 10: Exposição de risco no local de trabalho……	51
Tabela 11: Conhecimento das PBCI……....	52
Tabela 12: Estruturas- Recursos……	52
Tabela 13: Grelha de Análise……	58
Tabela 14: Objetivos Específicos e Metas……	61
Tabela 15: Estratégia Mudança de Sistema e Cultura de Segurança……	66
Tabela 16: Estratégia Formação e Capacitação……..	68
Tabela 17: Estratégia Monitorização e Feedback……	69
Tabela 18: Estratégia Lembretes e Comunicações……	70
Tabela 19: Previsão dos Recursos……	71
Tabela 20: Indicadores de Resultado……..……	74
Tabela 21: Indicadores de Processo……...	76

INTRODUÇÃO

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de importância crescente a nível mundial. Nenhum país nem nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde deverá ignorar as consequências destas infeções nem o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, tais como o aumento da morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017); (Direção Geral de Saúde [DGS], 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu relatório de 2015, refere que a problemática das IACS, e a resistência a antimicrobianos, constituem um problema de Saúde Pública. Desta maneira, e no sentido de minimizar o impacto negativo das IACS, surgem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). A mesma fonte menciona que "as Precauções Básicas de Controlo de Infeção traduzem regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada" (DGS, 2018, p.5). Consequentemente, o *National Institute for Health and Care Excellence* ([NICE], 2017) identifica a segurança dos utentes como a foco central do cuidar, e a prevenção de infeções associadas à saúde continua a ser encarada como uma necessidade importante.

Em 2016, o Governo Constitucional de Portugal identificou como prioridade a necessidade de combater as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, as quais são responsáveis por custos que ascendem a cerca de 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares (Despacho nº3844-A/2016). Estas infeções podem agravar as condições existentes ou subjacentes aos utentes, assim como podem atrasar a sua recuperação, afetando negativamente a sua qualidade de vida (NICE, 2017).

A situação pandémica de infeção pelo novo Coronavírus com origem em Wuhan, China, veio reforçar a importância das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), uma vez que, tendo em conta a World Health Organization ([WHO], 2020), a transmissão deste vírus ocorre através de gotículas respiratórias (partículas superiores a 5 mícrons), por contacto direto com secreções infetadas e aerossóis em procedimentos terapêuticos que os produzem. Assim, as unidades de saúde deverão adotar estratégias de prevenção e controlo

de infeção, aplicando as PBCI a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu diagnóstico infecioso. Segundo Dowding, D., McDonald, M. e Shang, J. (2020), a pandemia veio provocar o aumento de adoção de estratégias de prevenção de infeção, no setor de saúde, a nível mundial.

A prevenção e o controlo da infeção não deverão ser vistas como práticas profissionais isoladas, mas sim como um conjunto de princípios que, quando aplicados pela equipa multidisciplinar, reduzem o risco de um determinado utente ou pessoa não doente adquirir uma infeção (Royal College of Nursing, 2020). Deverá, por isso, investir-se não só na aplicação destes princípios relevantes para a prevenção de infeção em elementos da comunidade e nos próprios profissionais de saúde, mas também em ações de promoção da saúde dentro da comunidade profissional, capacitando-os. Os profissionais de saúde, e respetivas instituições, que prestam cuidados de saúde diretos às populações, têm a responsabilidade profissional e o dever ético de garantir a sua atualização de conhecimentos e habilidades, por forma a prestar cuidados holísticos e assertivos (Royal College of Nursing, 2020). A NICE (2017) refere ser fundamental que todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados tenham formação teórica e prática acerca da prevenção e controlo de infeção. Além da formação, estes profissionais devem ter ao seu dispor infraestruturas e materiais necessários para que seja possível aplicar, de forma correta, os conhecimentos adquiridos.

Assim, é relevante corroborar a ideia de Wuy-Owe (1995) citado em Loureiro e Miranda (2018), que refere que as organizações de saúde devem ser transformadas em organizações de aprendizagem, com o intuito de resolver problemas através da abertura a novas ideias, de uma cultura que favoreça a inovação e da criação de oportunidades, com capacidade de difundir os objetivos e missões da instituição, compreendendo como cada pessoa e cada parte da instituição contribui para o seu alcance.

Os cuidados de saúde e, por sua vez, os cuidados de Enfermagem, acarretam nos dias de hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que envolve a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Desta forma, elaborou-se durante o Estágio I e o Estágio Final, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, que decorreu no Centro de Saúde de Vila Real de Santo António, na Unidade de Saúde Pública, de 2 de dezembro de 2020 a 14 de maio de 2021, o estudo das Precauções Básicas do Controlo de Infeção de maneira a responder ao diagnóstico da situação de saúde de determinada comunidade. Posteriormente, desenvolveu-se o projeto “Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para Melhorar” cujo objetivo geral consistiu em promover a aplicação correta

das PBCI, por parte dos profissionais de saúde de uma Instituição de Saúde. O projeto desenvolvido baseou-se na Metodologia de Planeamento em Saúde.

Os Enfermeiros assumem uma posição estratégica na prestação de serviços de promoção de saúde, com o intuito de criar ambientes saudáveis (Pender et al, 2015). Neste sentido, como base de sustentação deste projeto, recorreu-se ao Modelo de Promoção da Saúde [HPM] de Nola Pender onde é realçada a importância de capacitar as comunidades para alcançar os seus objetivos de saúde ou para que estas se consigam adaptar às circunstâncias no meio envolvente, conseguindo avançar na direção dos seus objetivos de saúde (Pender et al, 2015) e, de forma complementar, ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário [MAIEC] de Pedro Melo que fala na importância da otimização dos recursos e competências da comunidade , incluindo a comunidade de profissionais de saúde, no seu ambiente de prestação de cuidados (Melo, 2020). Será abordado também, de forma sintetizada, a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, que reforça a importância da promoção da confiança das pessoas de maneira a melhorar, consequentemente, o seu desempenho.

Este trabalho inicia-se com uma introdução. Posteriormente, encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte desenvolver-se-á um capítulo com o enquadramento teórico acerca da temática das infeções associadas aos cuidados de saúde e das estratégias para a sua redução, nomeadamente a aplicação das precauções básicas de controlo de infeção. Nesta primeira parte encontra-se também o enquadramento conceptual, onde serão abordados o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo e a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. Na segunda parte encontram-se a metodologia e questões éticas do projeto. A terceira parte corresponde ao enquadramento prático. O primeiro capítulo desta terceira parte é composto pelo Diagnóstico da Situação, onde foram identificadas as necessidades de saúde de determinada comunidade. O segundo capítulo corresponde à Determinação de Prioridades e é seguido pelo capítulo de Definição de Objetivos (objetivo geral e específicos). O quarto capítulo aborda a Seleção das Estratégias utilizadas neste projeto de intervenção comunitária, nomeadamente a estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção. O quinto capítulo corresponde à Preparação Operacional e Intervenção onde se encontram as atividades planeadas com respetivo Cronograma de atividades, Provisão de Recursos e o *Follow up*. O último capítulo da terceira parte diz respeito à Avaliação/Monitorização, onde forma avaliados os indicadores estabelecidos para cada objetivo específico e atividades. A quarta parte deste trabalho constitui-se com a análise reflexiva das competências desenvolvidas no decorrer dos dois estágios, incluindo as

competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e as competências do grau de Mestre. Por fim, encontra-se a conclusão onde é feita uma síntese do projeto bem como das dificuldades identificadas durante o período de estágio e posteriormente as referências bibliográficas.

O presente trabalho encontra-se elaborado em concordância com a *American Psychological Association 6th edition*, em vigor no Instituto Politécnico de Beja, rege-se pelas normas em vigor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e é redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico (exceto nas citações referentes a obras ou diplomas anteriores à entrada em vigor do mesmo acordo).

A elaboração deste relatório, bem como a sua discussão pública e aprovação, levam à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

Tendo em conta a *International Federation of Infection Control* (2016), as IACS, tal como o nome indica, dizem respeito às infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, independente do local (Centros de Saúde, Hospitais, Lares, entre outros). São definidas como sendo infeções localizadas ou sistémicas, resultantes da presença de um ou mais agentes infeciosos, para os quais não há evidência da sua presença na admissão do utente. A infeção é considerada como IACS, na maior parte das situações, se se manifestar 48 horas após esta admissão/contato. Estas são o evento adverso mais frequente na prestação de cuidados de saúde a nível mundial, quer em países em vias de desenvolvimento, quer em países desenvolvidos. Milhões de pessoas são afetadas por IACS todos os anos, causando uma mortalidade significativa das populações e impactos negativos nos sistemas de saúde de cada país (WHO, 2015).

Estima-se que, em qualquer momento, sete utentes em países desenvolvidos e 10 em países em vias de desenvolvimento, em cada 100 pessoas hospitalizadas, irão adquirir pelo menos uma IACS. O *European Center for Disease Prevention and Control* prevê que, na Europa, 4.131.000 pessoas serão afetadas anualmente por IACS, causando 16 milhões de dias extra de internamento e consequentemente 37.000 mortes. Relativamente aos prejuízos financeiros, a mesma fonte, fala numa perda de sete biliões de euros, apenas em custos diretos. Nos Estados Unidos da América cerca de 75.000 pessoas com IACS morrem durante a sua hospitalização e mais de metade destas infeções surgem fora das Unidades de Cuidados Intensivos (International Federation of Infection Control, 2016).

De acordo com o *National and State Healthcare -Association Infections Progress Report* de 2019, apesar de se verificarem algumas melhorias significativas em algumas IACS, foram ainda identificadas áreas que necessitam atenção redobrada. Entre 2018 e 2019, nos Estados Unidos da América verificaram-se reduções nas infeções da corrente sanguínea, local cirúrgico e associadas ao trato urinário, mas não se

observaram mudanças significativas nas infeções por *Staphylococus Aureus* resistente à meticilina (MRSA). O mesmo relatório refere que, através dos dados obtidos, a prevenção é possível e que a articulação entre profissionais de saúde e parceiros de diversas áreas é fundamental para garantir a segurança das populações.

Portugal, em 2013, era um dos países da União Europeia com maior taxa de prevalência de infeções associada aos cuidados de saúde, (Ministério da Saúde, 2013) contudo, de acordo com o Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), as principais IACS estão a diminuir. Todavia, o mesmo relatório e o relatório de 2018 da Eurosurveillance referem que em 100 doentes internados em Portugal, 7,8 adquiriram uma IACS, valor superior aos 6,5 da média europeia. Assim, continua a ser fundamental que os cuidados de saúde primários e diferenciados, em conjunto com os organismos competentes (DGS e ARS), trabalhem na redução das taxas das IACS. É de referir que as infeções associadas aos cuidados de saúde interferem de forma negativa no tratamento dos doentes e são fatores de peso no que respeita a morbilidade e mortalidade, representando também um consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (DGS, 2017; Ministério da Saúde, 2013).

Existem quatro tipos major de IACS, nomeadamente: infeção associada ao trato urinário, pneumonia associada ao ventilador, infeção do local cirúrgico, infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso. Relativamente aos fatos epidemiológicos, constata-se que, para o desenvolvimento da uma IACS estão presentes três fatores principais, que mantêm uma relação recíproca, sendo eles o Hospedeiro, o Agente e o Ambiente. O Hospedeiro corresponde ao local onde a infeção se irá desenvolver e existem múltiplos fatores que a podem potenciar ou minimizar. O Agente infecioso pode ser uma bactéria, fungo, vírus ou parasita, sendo que a maior parte das IACS são causadas por bactérias. Por fim, o Ambiente, que está relacionado com fatores extrínsecos, que tanto podem afetar ou favorecer o hospedeiro ou agente. Este ambiente pode ser considerado ambiente físico, social, económico ou biológico e é no ambiente que se incluem os profissionais de saúde ou a limpeza das unidades de saúde (International Federation of Infection Control, 2016).

Desta forma, para prevenir uma IACS é necessário romper a cadeia de infeção, quebrando a ligação entre hospedeiro suscetível e agente infecioso em ambiente favorável. Esta cadeia de infeção é composta pelos seguintes elementos: agente infecioso, reservatório, porta de saída, meio de transmissão, porta de entrada e hospedeiro suscetível, como é possível observar na figura 1 (International Federation of Infection Control, 2016).

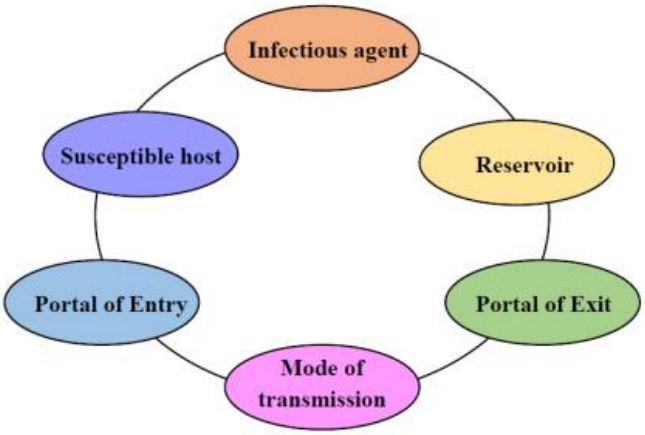


Figura 1- Cadeia de Infeção
Fonte: International Federation of Infection Control (2016)

Segundo a WHO (s.d. a), a principal solução para a resolução deste problema consiste na adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção, através da correta higiene das mãos e a aplicação correta das restantes precauções básicas de controlo de infeção antes, durante e após a prestação de cuidados. Estas medidas são simples e de baixo custo, mas implicam mudança de comportamentos e responsabilidade por parte da equipa multidisciplinar. A fonte supracitada refere também que melhorar e investir na educação e capacitação dos profissionais de saúde surge como uma estratégia a adotar por parte das instituições de saúde.

1.1- ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

Como resposta da Organização Mundial de Saúde, a *WHO Patient Safety* refere que continua a desenvolver trabalho com o intuito de implementar formas eficazes de melhorar a prestação de cuidados de saúde a nível mundial (WHO, s.d.). Assim, segundo a WHO (2015) questões relacionadas com a segurança dos utentes marcaram presença nos Desafios Globais para a Segurança dos Pacientes da Organização Mundial de Saúde, de maneira a sensibilizar e consciencializar políticos e profissionais de saúde acerca da temática do Controlo de Infeção. Um dos primeiros passos destes desafios foi o desenvolvimento, em 2005, da campanha '*Clean Care is Safer Care',* que tinha como principal objetivo a redução das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Melhorar a prática da higiene das mãos a

nível mundial, por forma a garantir que estas estão livres de agentes potencialmente nocivos durante a prestação de cuidados, foi um foco relevante desta campanha, uma vez que esta prática foi encarada como o primeiro patamar para alcançar resultados positivos no controlo de infeção e segurança dos utentes (WHO, 2015).

Em Portugal, a monitorização da lavagem das mãos teve início em 2009, após a adesão à campanha da Higiene das Mãos lançada pela OMS (DGS, 2017). Em fevereiro de 2013, através da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência a Antimicrobianos, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) como programa prioritário de saúde, o qual tem vindo a liderar a estratégia de combate a estes problemas de saúde pública, na Direção Geral da Saúde (DGS), mantendo também ligação com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD). A sua ação é orientada em três áreas de intervenção principais, nomeadamente a campanha de precauções básicas de controlo de infeção, o programa de apoio à prescrição antibiótica e a vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos (Despacho n.º 3844-A/2016).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção são um conjunto de boas práticas criadas e padronizadas de acordo com os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, e tem como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2018). As PBCI destinam-se a garantir não só a segurança dos cidadãos e dos profissionais de saúde, mas de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. Estas precauções aplicam-se a todos os doentes independentemente de se conhecer o seu estado de doença, sendo que a sua implementação integra uma estratégia primária de eficácia comprovada, na minimização do risco de infeção (DGS, 2018).

A WHO (s.d. b.) identifica a estratégia de implementação multimodal como parte integrante de programas eficazes da prevenção e controlo de infeção a utilizar pelas unidades de prestação de cuidados. A mesma fonte faz referência a cinco diretrizes que compõem esta estratégia e que devem ser implementadas de maneira a reduzir as IACS. De uma forma prática, esta estratégia pressupõe o uso de abordagens múltiplas, de forma combinada, de maneira a influenciar/modificar o comportamento do público-alvo, relativamente às melhorias necessárias para causar um impacto positivo na pessoa cuidada e contribuir para uma mudança na cultura institucional.

Assim, as cinco diretrizes desta estratégia são:

- A **mudança de sistema**, que implica a existência de infraestruturas e equipamentos capazes que permitam a aplicação das PCBI, como por exemplo fornecimento contínuo e seguro de água ou fácil acesso às soluções de base alcoólica;
- **Formação/educação**, que implica a capacitação regular dos profissionais de saúde, acerca das PCBI;
- **Monitorização e Feedback**, que pressupõe a monitorização da aplicação das PBCI, e das respetivas infraestruturas que possibilitam a sua aplicação, dos conhecimentos e das perceções que os profissionais de saúde têm acerca da temática, havendo também partilha dos resultados obtidos;
- **Lembretes e Comunicações**, por forma a promover as ações desejadas, no momento certo;
- **Cultura de Segurança**, facilitadora de um clima organizacional que valorize a intervenção e com um foco em envolver chefias e gestores institucionais (WHO, s.d. b.; WHO, 2009).

A implementação desta estratégia é de eficácia comprovada na redução do risco de infeção. Assim, os Órgãos de Gestão de cada unidade de saúde são responsáveis por facultar formação e treino aos profissionais acerca das PBCI. É importante referir que cada profissional de saúde é "responsável por adquirir conhecimentos básicos sobre as PBCI, a cadeia epidemiológica da infeção e avaliação do risco, selecionar os equipamentos de proteção individual (EPI) apropriados em função do contacto previsto e o risco esperado e, fazer o ensino ao doente e familiares/visitantes" (DGS, 2014, s.p.).

As PBCI incidem sobre 10 padrões de qualidade, nomeadamente:

1- Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
2- Higiene das mãos;
3- Etiqueta respiratória;
4- Utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
5- Descontaminação do equipamento clínico;
6- Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
7- Manuseamento seguro da roupa;
8- Gestão adequada dos resíduos;
9- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10- Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários cuidam, cada vez mais, de uma população envelhecida e com muitas fragilidades, sendo que muitas destas pessoas vivenciaram hospitalizações recentes, estando predispostas a adquirirem com mais facilidade IACS (Dowding, et al., 2020). Os mesmos autores referem que as diretrizes do controlo de infeção existentes, focam-se muito no ambiente hospitalar, deixando o ambiente comunitário com diretrizes não tão bem estruturadas, levantando desafios frequentes aos profissionais de saúde que, por exemplo, cuidam dos utentes nas suas casas. A falta de evidência acerca da prática de controlo de infeção em ambiente comunitário é preocupante, referem Dowding et al. (2020), e apesar dos enfermeiros observados no seu estudo apresentarem conhecimentos adequados e compreensão das PCBI, os resultados obtidos no estudo de observação revelam que a teoria não foi implementada na prática.

Choi e Jeong (2020) através do seu estudo, vão coincidir com as diretrizes emanadas pela OMS e DGS, onde concluem que é fundamental a existência de uma cultura organizacional que enfatize a prevenção das IACS, através da sua monitorização e do feedback regular dos profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, associados a programas regulares de educação teórica e prática.

Nguyen, Tran, Khuong, Nguyen, Ho, Dao e Hoang (2020), referem no seu estudo que os profissionais de saúde apresentam conhecimentos adequados acerca da higiene das mãos, contudo a taxa de adesão a esta prática é inferior aos conhecimentos demonstrados. Os autores supracitados consideram estes resultados contraditórios, mas justificam esta contradição com a Teoria do Comportamento Planeado, que diz as nossas ações não dependem apenas dos nossos conhecimentos, atitudes ou motivações, mas também de outros fatores externos. No caso dos profissionais de saúde, estes fatores externos podem ser barreiras, como por exemplo os recursos limitados, custos ou mesmo restrições no feedback recebidos pelos profissionais. Assim, e corroborando os vários autores citados, para atingir um nível significativo e sustentável de adesão às PBCI, a aplicação da estratégia multimodal é necessária para remover estes mesmos obstáculos.

2- MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O Modelo de Nola Pender surge como "uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde" (Victor, Lopes e Ximenes, 2005, p. 237). Este modelo possibilita avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde através do estudo da inter-relação de três pontos fundamentais, nomeadamente as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e o comportamento de promoção da saúde pretendido (Victor *et al,* 2005).

O *"Health Promotion Model"* (HPM) de Nola Pender tem como objetivo principal, ajudar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde, com o intuito de promover estilos de vida e ambientes saudáveis (Pender, 2011). A mesma fonte refere que este modelo identifica determinados fatores que influenciam o comportamento de saúde, contudo a atenção central deste modelo foca-se em determinadas crenças que podem ser avaliadas pelos enfermeiros. Ao usar este modelo, em cooperação com o utente/cliente, o enfermeiro pode ajudá-lo na mudança de comportamentos de forma a atingir um estilo de vida saudável.

Existem cinco conceitos chave neste modelo, de acordo com Pender (2011), sendo eles:

- **Pessoa,** encarada como um organismo biopsicossocial moldado pelo ambiente, mas que também procura criar um ambiente no qual o potencial humano, intrínseco e adquirido, possa ser totalmente expresso, sendo a relação pessoa/ambiente vista como recíproca. As características individuais, bem como as experiências de vida, moldam os comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde;
- **Meio Ambiente**, descrito como o contexto social, cultural e físico no qual a vida decorre. Este pode ser manipulado pela pessoa, criando contextos facilitadores para comportamentos que melhoram a saúde;

- **Enfermagem** definida como a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades de maneira a criar condições mais benéficas para a expressão de uma saúde ótima e de alto nível de bem-estar.
- **Saúde**, encarada como a atualização do potencial humano inerente e adquirido através de um comportamento direcionado para um objetivo e relacionamentos satisfatórios com os outros, havendo ajustes que são feitos conforme seja necessário, de maneira que a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes relevantes se mantenham.
- **Doença,** definida como um evento que dificulta ou facilita a procura contínua de Saúde.

O Modelo do Promoção da Saúde engloba três grandes componentes (características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, e resultado do comportamento), que se subdividem em variáveis (Pender, 2011).

O HPM baseia-se em determinadas proposições teóricas, sendo as que mais se enquadram com este projeto de intervenção as seguintes:

1- O comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, os afetos e as representações dos comportamentos promotores de saúde;
2- As pessoas comprometem-se a adotar comportamentos que lhe permitam ter benefícios na vida pessoal;
3- Barreiras percebidas podem restringir o compromisso com a ação, um mediador do comportamento, bem como do comportamento real;
7- Quando emoções ou afetos positivos estão associados a um comportamento, a probabilidade de comprometimento e ação aumenta;
8- As pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com comportamentos de promoção da saúde, quando as suas pessoas significativas modelam o comportamento, esperam que este ocorra e fornecem assistência e suporte de maneira a habilitar o comportamento;
9- Famílias, pares e prestadores de cuidados de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e o envolvimento no comportamento de promoção da saúde;
10- As influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde.

Pender *et al* (2015) referem que múltiplos ambientes oferecem oportunidades para fornecer serviços de promoção da saúde. Enfermeiros com conhecimentos acerca das questões e problemas de saúde das comunidades são ideais para liderar a criação, desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de promoção da saúde em diversos ambientes comunitários, como por exemplo, em unidades de saúde. A mesma fonte refere que os problemas de saúde conseguem ser resolvidos de forma mais eficaz quando vários setores se unem em parcerias para melhorar as condições sociais e ambientais, que comprometem a saúde, sendo que estas parcerias oferecem uma forma de comunicar, colaborar e capacitar. A visão holística da enfermagem oferece a orientação necessária para trabalhar em colaboração com as comunidades para atingir os objetivos de saúde.

O local onde as pessoas vivem e trabalham interfere com a sua saúde. Desenvolver estratégias para promover a saúde e o bem-estar nas comunidades e nos locais de trabalho são fundamentais. Ao estarmos a intervir junto dos profissionais de saúde, no âmbito das PBCI estamos não só a prevenir a doença, mas também em promover a saúde, quer dos utentes, quer dos profissionais. Assim, e tendo em conta o HPM, os enfermeiros desempenham um papel fulcral na promoção de ambientes comunitários saudáveis. Os enfermeiros podem ajudar as comunidades a definir prioridades e questões que precisam ser abordadas e capacitar os seus elementos para que estes consigam expressar as necessidades de saúde da comunidade junto dos líderes e representantes políticos (Pender *et al,* 2015)

O papel do enfermeiro na reforma dos cuidados de saúde foi enfatizado em diversos documentos no âmbito da Medicina e Enfermagem, ressaltando a necessidade de se investir não só na teoria, mas também na prática profissional da enfermagem (Pender *et al,* 2015). Os autores supracitados referem que o relatório do Instituto de Medicina sobre o futuro da Enfermagem, de 2013, identifica a necessidade de se investir em níveis mais elevados de educação e treino nos profissionais de saúde. Um outro relatório fala na importância de enfermeiros especializados na área da saúde pública liderarem novos modelos de prestação de cuidados, serviços preventivos e de promoção da saúde. Estes profissionais estão em posição de fornecer liderança para construir comunidades saudáveis, projetando e implementando intervenções que desenvolvam a competência e empoderamento da comunidade e para participar com as comunidades na identificação de recursos e oportunidades (Pender *et al,* 2015).

Os autores supracitados referem ainda que a saúde deve ser vista numa perspetiva positiva durante a realização de avaliações ou formulações de estratégias de promoção da

saúde. Quando a saúde é encarada como um modelo positivo, podem-se desenvolver estratégias que se concentrem no fortalecimento dos recursos e na redução dos riscos negativos.

3- MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: EMPODERAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De acordo com a Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde desenvolve-se através de intervenções junto das comunidades, pelo estabelecimento de prioridades e desenvolvimento e implementação de estratégias. Refere também que este processo engloba a capacitação das comunidades, implicando o desenvolvimento pessoal e social através de melhorias de informação, educação para a saúde e reforço das competências. Esta carta menciona também que a responsabilidade da promoção da saúde deve ser partilhada com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições, e todos juntos devem trabalhar para o desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde promotor de saúde (OMS, 1986).

Leverack (2005) refere que a capacidade de uma comunidade, tal como o seu desenvolvimento, descreve um processo que aumenta as qualidades e atributos que determinada comunidade pode utilizar para melhorar as suas vidas. O autor supracitado fala na importância de distinguir as abordagens de capacitação e de empoderamento de determinada comunidade. A construção das capacidades tem como intuito o desenvolvimento de aptidões e habilidades que possibilitam aos outros tomarem decisões e ações por si próprios, não incluindo explicitamente o ativismo político. Segundo Miranda e Loureiro (2018) a "capacitação usa-se par descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistema para produzirem mudanças positivas, fortalecendo a capacidade de resolução de problemas com efetividade. Este processo encontra-se próximo do conceito de *empowerment*." (s.p). Já o empoderamento tem um propósito explícito de provocar mudanças sociais e políticas.

Tratando-se este de um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de promover a mudança de comportamentos desadequados e consequentemente a aplicação correta das PBCI, através da consciencialização e capacitação dos profissionais de saúde, as definições e pressupostos subjacentes ao MAIEC são utilizados, essencialmente, para nortear a seleção das estratégias desde projeto.

O empoderamento comunitário é considerado por Melo (2020) como "um processo metódico para solucionar problemas sociais e políticas sociais a partir das pessoas sem poder" (p.44). Leverack (2008), citado em Melo (2020) fala que o empoderamento

comunitário pode ser integrado num modelo contínuo com vários níveis. O nível da **ação pessoal**, onde cada membro da comunidade de forma individual, detém poder e recursos para responder a determinado problema. O nível de desenvolvimento de **pequenos grupos dinamizadores**, onde os indivíduos de uma comunidade, segundo diretrizes dos promotores de saúde, desenvolvem competências coletivas para o controlo e acompanhamento das intervenções. Com estes pequenos grupos comunitários fortalecidos há a possibilidade de desenvolver o nível das **organizações comunitárias**, que são constituídas por pequenos grupos da comunidade. Estas organizações comunitárias têm a possibilidade de procurarem recursos no exterior para melhorar os seus problemas. Assim, quando estão criadas as condições de abertura das organizações para o exterior, pode-se avançar para o nível de **desenvolvimento de parcerias**. Através destas parcerias, a comunidade fica mais fortalecida, possibilitando o alcance do patamar mais elevado do empoderamento, o nível da **ação social e política.** Este revela um aumento das capacidades comunitárias e dos seus recursos (Melo, 2020).

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Leverack e nos postulados e pressupostos do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Henriqueta Figueiredo. Os Conceitos apresentados pelo MAIEC são a Comunidade, o Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem (Melo, 2020).

Segundo o autor supracitado, a **Comunidade** é definida como "um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem" (p.50), como por exemplo a comunidade residencial, escolar ou do ACeS. O **Ambiente Comunitário** diz respeito ao conjunto de elementos humanos, físicos, económicos e políticos. A **Saúde Comunitária** é entendida como "o processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitários se conjugam na capacidade de identificar e resolver problemas e potenciar os recursos da comunidade" (Melo, 2020, p. 52). Por fim, os **Cuidados de Enfermagem à Comunidade** consistem no desenvolvimento de ações de colaboração e potenciadoras da comunidade, integrando a gestão comunitária como potenciadora de ganhos em saúde comunitária.

Melo (2020) desenvolveu quatro Pressupostos, baseados no referencial teórico do MDAIF, tendo em conta a comunidade numa perspetiva sistémica. Assim, o MAIEC refere que: a Comunidade é alvo dos Cuidados de Enfermagem, e esta comunidade é entendida como unidade de cuidados, enquadrando o seu todo e as suas partes, num processo contínuo e dinâmico de empoderamento comunitário; o enfermeiro deve estabelecer parcerias com os

membros e líderes da comunidade, com o intuito de promover a sua autonomia na resolução de problemas; os Cuidados de Enfermagem à Comunidade promovem os domínios facilitadores do seu empoderamento, incentivando a otimização das competências e recursos da comunidade; os Cuidados de Enfermagem à Comunidade centram-se na Saúde Comunitária como um todo, associados a ganhos em Saúde Pública na população integrante da comunidade.

Relativamente aos cinco princípios enformadores deste modelo, o autor refere que: o Planeamento em Saúde é o principio metodológico a utilizar, onde o enfermeiro deverá avaliar o estado de saúde das comunidades pelas quais é responsável; a abordagem à comunidade é feita numa perspetiva de potenciar a Saúde Comunitária e a Saúde Pública, permitindo assim ganhos em Saúde Comunitária associados aos Planos Locais e/ou Nacionais de Saúde; o Enfermeiro deve conhecer o ambiente comunitário, planeando posteriormente as suas intervenções de acordo com os Diagnósticos de Enfermagem; a Comunidade, como Unidade de Cuidados, necessita de intervenções de Enfermagem, com o intuito de potenciar as respostas em empoderamento comunitário; as intervenções devem centrar-se não só no empoderamento comunitário mas também nas necessidades concretas da comunidade (Melo, 2020).

Analisando na matriz do MAIEC verifica-se que a **gestão comunitária**, compreendida como a capacidade que a comunidade tem em mobilizar recursos por forma a identificar e resolver os seus problemas, é o foco de atenção principal dos Enfermeiros. A **comunidade** é a sua Unidade de Cuidados e as suas dimensões de diagnóstico são o **processo comunitário**, entendido como o processo de adaptação da comunidade às experiências da comunidade relativamente às suas problemáticas, constituindo-se como estratégias de *coping* comunitário, a **participação comunitária**, que engloba os processos de interação da comunidade com pequenos grupos ou organizações comunitárias e com os subsistemas de outras comunidade, e a **liderança comunitária**, que está relacionada com a forma como os líderes e os membros da comunidade se relacionam e se envolvem no processo de gestão comunitária para resolução de problemas (Melo, 2020).

O autor supracitado refere que a avaliação e a intervenção no foco principal que é a gestão comunitária, enquadra-se nos processos de empoderamento comunitários. De maneira a responder aos diagnósticos apresentados na matriz de decisão clínica, as intervenções que lhes dão resposta pressupõem melhorar a gestão comunitária através de "promover a participação comunitária", "promover a liderança comunitária" e "melhorar o processo comunitário" (Melo, 2020, p.59). Estas intervenções implicam que o enfermeiro tenha a capacidade de mobilizar as suas capacidade e energias, de maneira a aumentar o

poder da comunidade. O enfermeiro deverá compreender que a verdadeira essência do empoderamento consiste em dar aos outros a possibilidade de desenvolver competências que lhes permitam identificar e intervir nos seus próprios problemas.

> "Deste modo, para que os líderes e os membros da comunidade possam determinar em conjunto as metas de um determinado projeto que responda a uma problemática sua, é preciso que estes, primeiro, saibam o significado e processo de identificação dessa mesma problemática e, depois, o significado de metas e a importância de as definir adequadamente" (Melo, 2020, p. 62).

Assim, os enfermeiros e outros profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, podem tornar-se eles próprios clientes do enfermeiro da Unidade de Saúde Publica, podendo o MAIEC ser um modelo importante para parametrizar a informação produzida pelo diagnóstico de enfermeiros de Saúde Pública na comunidade de enfermeiros dos cuidados de saúde primários (Melo, 2020).

4- TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

A Teoria Social Cognitiva estabelece uma ponte entre as teorias pré-cognitivas e as teorias cognitiva e baseia-se em determinados pontos básicos, tais como

> "(a) a explicação dos processos de agência humana no quadro da reciprocidade triádica, (b) a distinção entre aprendizagem e desempenho, (c) a distinção entre aprendizagem por forma atuante e por forma vicariante, (d) a teorização da modelação, (e) a reformulação do conceito de reforço e(f) o papel da perceção de autoeficácia na motivação do comportamento" (Azevedo, 1997, p.2).

Esta teoria tem sido utilizada para explicar a relação entre auto-eficácia. desempenho e motivação. Uma vez que estes fatores são importantes para a aplicação da estratégia multimodal das PBCI, far-se-á, de forma complementar, uma pequena abordagem à Teoria Social Cognitiva.

De acordo com Bandura (1986), citado em Bandura, Azzi e Polydoro (2008), os indivíduos são auto-organizados, proativos, auto-reflexivos e auto-reguladores, ao invés de organismos reativos apenas moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores. Os mesmos autores referem que as pessoas não são apenas agentes de ação, mas sim auto-examinadoras de si mesmas. O pensamento e a ação humana são vistos como resultado de uma inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais. Assim, a forma como as pessoas interpretam os resultados do seu comportamento influencia os seus ambientes e fatores pessoais, que por sua vez vão alterar o comportamento futuro. As consequências do passado vão influenciar o comportamento futuro em função dos valores de informação e de incentivo que veiculam (Azevedo, 1997).

Na sua teoria, Bandura refere que o comportamento humano deve ser compreendido no quadro do determinismo recíproco ou reciprocidade triádica. "A reciprocidade triádica postula interações recíprocas entre três espécies de fatores: os fatores pessoais (como as dimensões afetivas e cognitivas da personalidade), os comportamentos e as variáveis ambientais" (Azevedo, 1997, p.3). A auto-eficácia, termo utilizado na Teoria Social Cognitiva, entendida como o julgamento que as pessoas fazem acerca das suas próprias capacidades em executar e organizar as suas ações necessárias para atingir certos tipos de desempenho, influencia vários comportamentos tais como a escolha de tarefas, a persistência na tarefa, o dispêndio de esforço e a aquisição de competências. Estes comportamentos, por sua vez, vão

influenciar a perceção de autoeficácia (Azevedo, 1997; Bandura *et al*, 2008). Bandura fala também na Auto-Regulação, sendo esta uma ferramenta utilizada para governarmos os nossos próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos (Carvalho & Petrich, s.d). Os mesmos autores referem que a primeira etapa da auto-regulação é a auto-observação, que se relaciona com a capacidade das pessoas observarem o seu próprio comportamento. Após esta fase, o segundo passo da auto-regulação consiste em comparar o seu comportamento com os padrões estabelecidos. Por fim, surge o último estadio da auto-regulação, a auto-reação. Nesta etapa, as pessoas geram reações ao próprio comportamento, tendo em conta os julgamentos realizados na fase anterior. As pessoas procuram comportar-se de forma a produzir auto-reações positivas, evitando assim condutas que causem uma auto-avaliação negativa. É importante referir que a teoria social cognitiva defende que a perceção da autoeficácia tem um papel importante na motivação e no desempenho (Bandura et al, 2008).

Esta teoria, segundo Azevedo (1997), fala no estabelecimento de objetivos e este envolve a determinação dum padrão que serve de meta para as próprias ações. Os objetivos podem ser delineados quer pelo próprio quer por outra pessoa, através de informações diversas. “Os objetivos melhoram a aprendizagem e o desempenho através da ação sobre mecanismos cognitivos e motivacionais, tais como a perceção de progresso, autoeficácia e autoavaliação” (Azevedo, 1997, p.11). O estabelecimento de objetivos e a auto-avaliação do progresso são elementos cruciais da motivação, uma vez que possibilitam criar auto-incentivos, e são também elementos fundamentais no impulso da auto-eficácia, uma vez que favorecem o sucesso. Já a discordância entre objetivos e desempenho incita a motivação para a mudança.

Bandura (2006), citado em Carvalho & Petrich (s.d). conclui que a “Teoria Social Cognitiva é útil para promover mudanças pessoais e sociais, e que os efeitos de suas intervenções se replicam em diferentes domínios do funcionamento humano, e em diferentes culturas” (p.922).

PARTE II- METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

O Planeamento em Saúde consiste num conceito com origem no processo administrativo cujas funções são planear, organizar, dirigir e controlar (Melo, 2020). De acordo com Imperatori e Giraldes (1992), o Planeamento em Saúde define-se como "a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos" (p.23). No prefácio de Tavares (1990), Giraldes refere que subjacente a este Planeamento, encontramos dois princípios básicos, de qualquer distribuição de recursos, nomeadamente: o princípio da equidade e o princípio da eficiência. A equidade é mais evidente na fase da definição das prioridades, uma vez que é nesta fase que se opta pelas áreas de intervenção e pelos grupos populacionais, tendo em conta os problemas de saúde detetados. Já o princípio da eficiência está mais presente na fase da seleção das estratégias, uma vez que se coloca a questão da eficiência na distribuição dos recursos (Tavares, 1990).

O segredo profissional pretende respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da sua vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, garantindo a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O enfermeiro, de acordo com o Código Deontológico, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, está obrigado ao dever de segredo profissional, acerca do que toma conhecimento no exercício da sua profissão, independentemente da fonte de informação, partilhando apenas a informação essencial e com os que estão implicados no plano terapêutico (Lei n.º 156/2015). Relativamente ao direito à vida privada, o participante, num estudo, tem o direito de conservar o direito ao anonimato, sabendo que os dados colhidos serão confidenciais. O anonimato é respeitado se a identidade do participante se mantiver desconhecida (Fortin, Côte & Filion, 2009).

Os autores supracitados mencionam que a realização de um estudo implica o consentimento dado pelos participantes e este deverá ser livre e esclarecido. Este consentimento é considerado livre e voluntário quando a pessoa que dá a sua concordância, apresenta todas as suas faculdades mentais e não foi manipulada para participar no estudo. E para que o consentimento seja esclarecido, os participantes

deverão ser dotados de informação necessária para que estes sejam capazes de decidir se querem ou não participar.

Desta forma, para a elaboração deste projeto de intervenção comunitária, foram pedidas autorizações ao Coordenador da Unidade de Saúde Pública e à respetiva Diretora Executiva (Apêndice I e II). Foi também pedida autorização à Comissão de Ética da ARS Algarve e do Instituto Politécnico de Beja (Apêndice III) A primeira Instituição referiu que este projeto de intervenção comunitária não carecia de avaliação por parte desta Comissão. Neste contexto, a Diretora Executiva referiu que permitia a divulgação do nome da instituição onde foi implementado este projeto de intervenção, sem identificar nenhuma unidade funcional. Relativamente ao Instituto Politécnico de Beja, o parecer foi positivo (Anexo III). A aplicação das entrevistas de auditoria foi anunciada previamente e realizadas após explicar aos participantes o seu objetivo, tendo estes participado de forma voluntária.

Os profissionais auditados nunca foram identificados, respeitando assim o anonimato.

PARTE III- ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Diagnóstico da situação diz respeito à primeira fase do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1992). Tavares (1990) refere que no Diagnóstico da Situação, primeiro identificam-se os problemas e depois determinam-se as necessidades. Assim, este diagnóstico deve corresponder às necessidades de saúde da população alvo (Tavares, 1990), relacionando-se de forma direta com o estabelecimento de prioridades e, posteriormente, com a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1992). Os mesmos autores defendem também que a determinação das prioridades irá depender da forma como o diagnóstico da situação é feito.

Tavares (1990) menciona que a concordância entre o diagnóstico de situação e as necessidades da comunidade alvo determinam a pertinência do plano ou projeto de intervenção, seja este relacionado com a resolução de problemas de saúde ou com a otimização dos serviços prestadores de cuidados.

O Diagnóstico da Situação de Saúde tenciona caracterizar a saúde da população, medindo o seu estado de saúde. Tavares (1990), refere que este diagnóstico deve ser "suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido; suficientemente claro" (p.53).

1.1- CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E DEMOGRÁFICA DOS CONCELHOS ABRANGIDOS PELO ACES SOTAVENTO

O Algarve integra 16 concelhos que se estendem por 4.999,8 km2, representando 5,6% do território nacional. Encontra-se dividido em duas regiões: o Barlavento e o Sotavento. A organização administrativa da Região de Saúde do Algarve, que está em vigor desde 18 de março de 2009, engloba atualmente três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS): ACeS Sotavento; ACeS Central; ACeS Barlavento (ARS Algarve, 2019a).

De acordo com Decreto-Lei n.º 28/2008 surge a "criação de agrupamentos de centros de saúde (ACeS), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde,

e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica" (p.1182). A mesma fonte refere que os ACeS englobam as Unidades de Saúde Familiar, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados. Cada unidade funcional tem numa equipa multiprofissional, com autonomia técnica e organizativa, havendo também uma intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACeS.

A área de intervenção do ACeS Sotavento, representada na Figura 2, localiza-se no sotavento algarvio e abrange os Concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António (VRSA) e Tavira, sendo neste último onde se encontra a Sede (Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve, 2020).

Figura 2- Concelhos abrangidos pelo ACeS Sotavento
Fonte: ARS Algarve (2020)

O ACeS Sotavento é composto pelos seguintes Centros de Saúde:

- O Centro de Saúde de Alcoutim que é constituído pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Aleo, que engloba uma sede em Alcoutim e dois Polos (Martinlongo e Vaqueiros), por um Polo da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Santo António de Arnilha, por um Polo da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), um polo da Unidade de Saúde Pública (USP) e por um Polo da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) com fisioterapeuta e Dentista;

- O Centro de Saúde de Castro Martim que é composto pela Unidade de Saúde Familiar (USF) Baesuris, que é constituída pela sede em Castro Marim e respetivos Polos em Altura e Azinhal;

- O Centro de Saúde de VRSA que é composto por duas USF, a Levante, com sede em VRSA e Polo em Monte Gordo, e a Esteva, com sede em VRSA e Polo em Vila Nova de

Cacela. Este centro de saúde contém também a sede da UCC Santo António de Arenilha, um polo da URAP, USP, UAG e a Unidade de Saúde Pública de VRSA;

- O Centro de Saúde de Tavira que é constituído pela UCSP Mar, com sede na Luz de Tavira e respetivos Polos em Cachopo, e Tavira, a USF Gilão com sede em Tavira e Pólo em Santo Estêvão e pela USF Balsa, com sede em Tavira e Polos em Santa Catarina de Fonte do Bispo e Cabanas/Conceição de Tavira. Apresenta também a UCC Talabriga, a sede da URAP e UAG e a USP de Tavira (ARS Algarve, 2020).

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do SNS (2020), o ACeS Sotavento tem diversos Órgãos, nomeadamente uma Diretora Executiva, um Conselho Executivo, um Conselho Clínico e de Saúde e um Conselho da Comunidade. A mesma fonte refere que esta Instituição, no ano contratual de 2020, no mês de setembro, era composto por 42 Médicos, 17 Internos, 63 Secretários Cínicos, 73 Enfermeiros e 43 Assistentes Operacionais.

A população de doentes inscritos é de 60,611, distribuídos pelas diferentes unidades. Segundo o PORDATA (2019), cada médico de família, tem em média 403,2 utentes atribuídos.

Através da figura 3, é possível constatar que a Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no ACeS Sotavento corresponde a uma pirâmide invertida, sendo composta essencialmente por

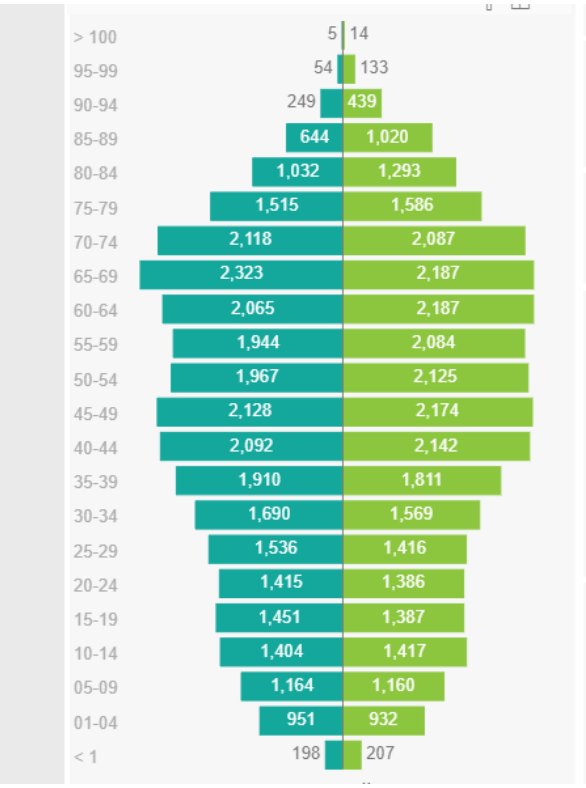


Figura 3- Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no ACeS Sotavento
Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2020)

utentes de idades compreendidas entre os 35-39 e 70-74 anos, refletindo assim o envelhecimento da população.

Segundo o PORDATA (2019), nesta região do Sotavento Algarvio a população residente é de 51675 pessoas, tal como é possível observar na Figura 4, representando aproximadamente 12 % da região do Algarve. Relativamente à população residente, por sexo, existem 24323 homens e 27352 mulheres.

Territórios	População residente	
Anos	1981	2019
— Algarve	324.078	438.406
Albufeira	17.255	41.528
Alcoutim	5.233	2.159
Aljezur	5.062	5.594
Castro Marim	7.285	6.237
Faro	45.471	61.015
Lagoa	15.673	22.762
Lagos	19.739	30.374
Loulé	44.065	68.697
Monchique	9.601	5.077
Olhão	34.649	44.405
Portimão	34.587	55.483
São Brás de Alportel	7.484	10.416
Silves	31.307	36.226
Tavira	24.572	24.530
Vila do Bispo	5.688	5.154
Vila Real de Santo António	16.407	18.749

Figura 4- População residente no Sotavento Algarvio
Fonte: PORDATA (2019)

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019), o Índice de Envelhecimento no Algarve é de 145,4 idosos por cada 100 jovens, sendo muito inferior ao Índice de Envelhecimento nos concelhos abrangidos pelo ACeS Sotavento, que é de 312,5, como é possível observar na figura 5.

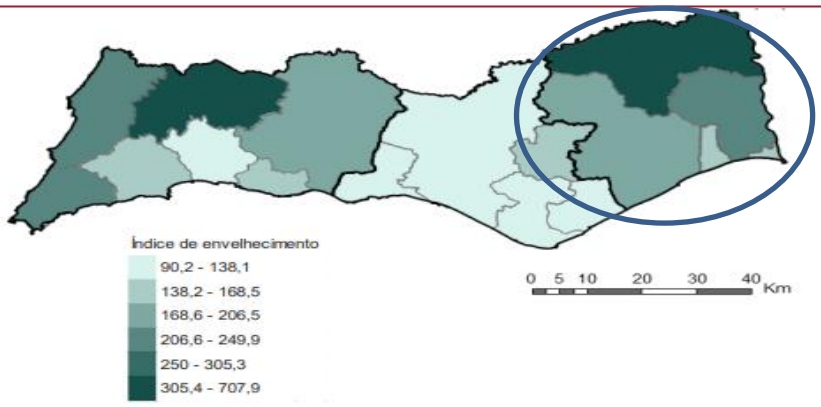


Figura 5-Índice de Envelhecimento nos Concelhos da Região do Algarve
Fonte: ARS Algarve (2019b)

O Índice de Dependência de idosos nesta região do Sotavento, em 2019, era de 55,5 idosos por 100 pessoas em idade ativa (PORDATA, 2019). Existem outros indicadores que são importantes para conhecer o estado de saúde desta região. Sendo assim, tendo em conta os indicadores de saúde, no que concerne à Taxa Bruta de Mortalidade, esta região do Sotavento apresenta uma taxa de 20,4%. Já a Taxa Bruta de Natalidade é de 7,5% aproximadamente, valor inferior ao da região do Algarve (10%). As principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos (PORDATA, 2019). Nesta região do Sotavento existem 20 farmácias e não existe nenhum hospital público nem privado. Existe apenas um Serviço de Urgência Básico em VRSA, pertencente ao Cento Hospitalar Universitário do Algarve e um polo do Hospital Particular do Algarve em VRSA.

Tendo em conta os Censos de 2011, a população dos concelhos abrangidos pelo ACeS Sotavento cresceu 3,1%, valor inferior ao verificado na região do Algarve (14,1%) (PORDATA, 2019; ARS Algarve, 2019a).

Relativamente aos indicadores de educação, a taxa de abandono escolar na região do ACeS Sotavento, segundo os Censos de 2011, é de 2%, valor igual ao regional e apresenta uma taxa de analfabetismo de 7,8%, valor superior ao regional. Da população residente, 21,5% não apresenta qualquer nível de ensino, 55,7%, tem o ensino básico, 14,6 % o ensino secundário e apenas 8,2% concluiu o ensino superior. Existiam em 2019, 29 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 20 estabelecimentos de ensino do 1º ciclo, 7 estabelecimentos de ensino do 2º ciclo, 8 estabelecimentos de 3º ciclo, e 3 de ensino secundário (PORDATA, 2019).

No que diz respeito ao número de desempregados, em dezembro de 2017 existiam 40,8 desempregados inscritos nos Centros de Emprego, por cada 1000 habitantes, valor inferior ao da região do Algarve (55,2). O poder de compra per capita, em 2017, era de 80,8 aproximadamente, valor inferior ao regional (99,1) e nacional (100) (PORDATA, 2019).

Por fim, relativamente à distribuição da população empregada por setor de atividade económica, segundo os Censos (2011), 5,4% da população trabalhava no setor primário, 17 %, no setor secundário e 77,6 % no setor terciário.

1.2- PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS (PPCIRA)

Em 2014, o PPCIRA impulsionou a promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), através da implementação da Estratégia Multimodal das Precauções Básicas (DGS, 2017). A aplicação das PBCI traduz regras de boas práticas na prestação de cuidados, devendo ser adotadas por todos os profissionais envolvidos neste processo, uma vez que têm como objetivo reduzir o risco de infeção e a transmissão cruzada. O PPCIRA tem como principal linha de ação alcançar, através das boas práticas de prevenção e controlo de infeção, a redução da transmissão e incidência da infeção, e consequentemente, reduzir as prescrições de antibióticos e possíveis resistências. A vigilância epidemiológica também é um pilar fundamental, permitindo através dos seus vários programas, medir o sucesso das estratégias implementadas (DGS, 2017).

No que respeita a estrutura do PPCIRA, este é constituído por uma equipa Nacional, integrada por um Diretor e Coadjuvantes do Diretor, pelos Grupos de Coordenação Regional (GCR) do PPCIRA e pelos grupos de Coordenação Local (GCL) do PPCIRA. Relativamente aos cuidados de saúde primários, na região do Algarve, em cada Unidade de Saúde dos três ACeS, existem elementos considerados dinamizadores/elos PPCIRA. Estes fazem a ligação entre o GCL PPCIRA e a equipa multidisciplinar de cada unidade (ARS Algarve, s.d.).

A DGS, no seu relatório de 2017, refere que os elementos do PPCIRA deverão promover e desenvolver ações de formação acerca da prevenção de infeções com o intuito de alertar e sensibilizar dos profissionais de saúde para os seus riscos, difundir normas de boas práticas na prevenção e controlo de infeções, monitorizar e promover a dinamização dos grupos de coordenação local ao nível hospitalar, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados.

De acordo com a DGS (2018), após um inquérito onde participaram 125 unidades hospitalares das sete Regiões de Saúde/Regiões Autónomas de Portugal, obteve-se, como se pode constatar no gráfico 1, uma percentagem de doentes internados com IACS de 7,8%, após validação de dados (8,9% sem validação).

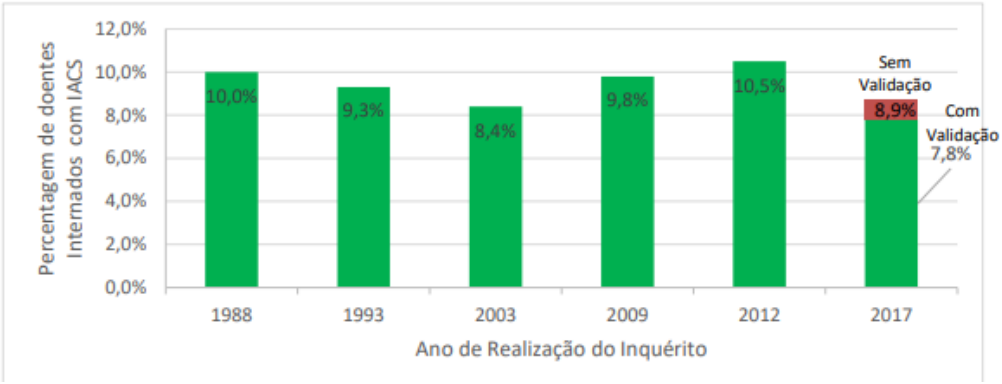


Gráfico 1- Evolução entre 1988 e 2017 da Percentagem de Doentes Internados com IACS.
Fonte: DGS, 2018

No âmbito da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção, desde 2014 é recomendado que, em todas as unidades de saúde, seja realizada uma auditoria interna anual à qualidade dos processos e das estruturas das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (DGS, 2018). Assim, através das auditorias baseadas em observação das infraestruturas e dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, o PPCIRA obteve os dados explanados no gráfico 2, nos anos de 2014-2016, a nível nacional.

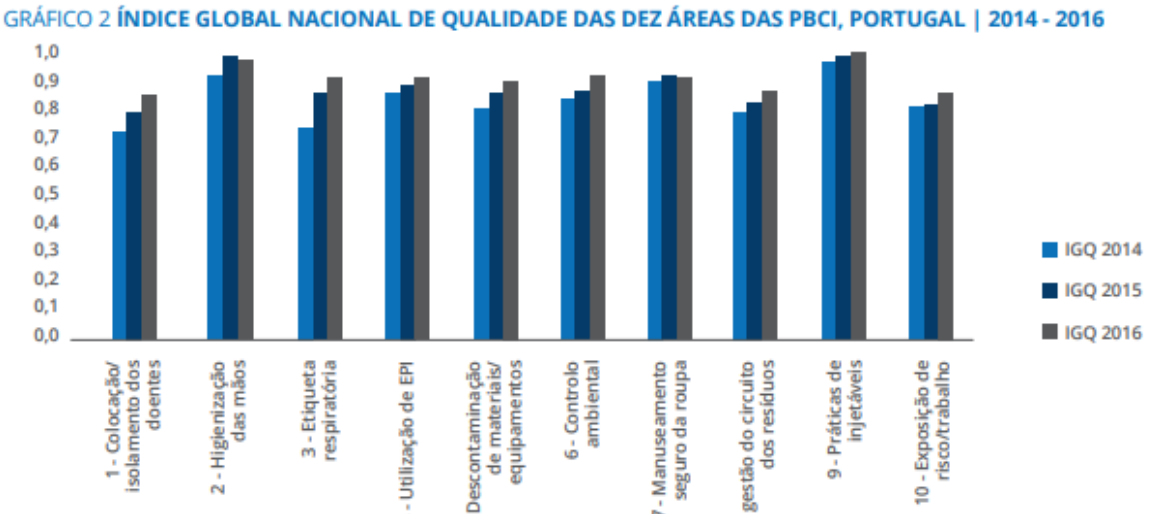


Gráfico 2- índice Global Nacional de Qualidade das dez áreas das PBCI, Portugal | 2014 – 2016
Fonte: DGS, 2017

Observa-se uma evolução positiva desde 2014, mas revela-se importante reforçar o cumprimento de todas as medidas, enaltecendo a avaliação do risco individual do doente tendo em vista a adequação das medidas de isolamento de utentes e o processo de descontaminação dos dispositivos médicos reutilizáveis, das superfícies e do controlo ambiental em geral. A Pandemia por Coronavírus veio reforçar não só a importância do cumprimento destas medidas, mas também a sua monitorização e formação constante dos profissionais de saúde (DGS, 2020).

A nível local, de acordo com o relatório do GCL-PPCIRA do ACeS Sotavento, em 2017 os problemas mais frequentes (<80% de cumprimento) encontravam-se na colocação/isolamento dos doentes (70%), no tratamento do equipamento médico (48%), no manuseamento seguro da roupa (59%), na recolha segura de resíduos (66%) e no conhecimento das PBCI (77%).

Tendo em conta as Orientações Programáticas 2017-2020, do relatório da DGS de 2017 e de 2018, a missão do PPCIRA consiste em alcançar taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, e microrganismos resistentes aos antimicrobianos, tão baixas quanto o conhecimento científico permita, bem como a monitorização de ambas através dos processos de vigilância contínua daquelas infeções, do consumo de antimicrobianos e da incidência de microrganismos multirresistentes, criando condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, incentivando o uso correto destes fármacos. “Para cumprir a sua missão, o PPCIRA conta com a sua estrutura, nacional, regional e local, e estabelece sinergias com instituições de referência, no contexto nacional e internacional” (DGS, 2017, p.19).

1.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin *et al*. (2009), a população corresponde a num conjunto de indivíduos que possuem características semelhantes e que foram definidas por critérios de inclusão. Já um conjunto de indivíduos em particular, com características semelhantes, tendo em vista um determinado estudo, é definido como população-alvo. Uma vez que este estudo incide sobre aplicação das precauções básicas de controlo de infeção por parte dos profissionais de saúde de determinada instituição de saúde, considerou-se como população-alvo os 238 profissionais de saúde do ACeS Sotavento (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais).

Como muitas das vezes não é possível estudar a população completa, o investigador constrói uma amostra representativa da população e determina o seu tamanho. A amostra, de acordo com a autora supracitada, é “a fração da população que constitui o objeto de estudo. Corresponde em menor dimensão à população” (p.55). A representatividade da amostra é a

sua qualidade essencial e para reduzir o erro da amostragem, pode-se escolher um número suficiente de sujeitos de forma aleatória (método probabilístico) ou com características conhecidas da população (método não probabilístico) (Fortin *et al*, 2009).

Desta forma, a amostra deste estudo constituiu-se pelos profissionais de saúde aos quais foi aplicada a auditoria com metodologia de entrevista (2 elementos por unidade funcional), após comunicação prévia, no contexto de prestação de cuidados, independente da sua categoria profissional. O método de amostragem utilizado foi o método de amostragem acidental (método de amostragem não probabilístico). Segundo Fortin *et al* (2009), a amostragem acidental é constituída por indivíduos facilmente acessíveis, que respondem aos critérios de inclusão. Este tipo de amostragem possibilita escolher indivíduos que estão no local e momentos certos. Os autores supracitados referem que este tipo de amostragem é utilizado mesmo que os indivíduos escolhidos não sejam representativos da população.

Assim, a amostra resultante dos critérios de inclusão ficou constituída por 50 profissionais de saúde do ACes Sotavento e foi considerada homogénea, sendo que todos os participantes eram profissionais deste.

1.4- INSTRUMENTOS PARA RECOLHA DE DADOS

Para a colheita de dados recorreu-se ao uso de grelhas de auditorias internas das PBCI (Anexo I). De acordo com o Guia Auxiliar de Preenchimento do Formulário de Auditoria ao Cumprimento das PBCI, elaborado pelo GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar do Algarve (2016) e adaptado pelo GCL-PPCIRA do ACeS Sotavento, por cada critério, os itens podem ser avaliados por observação ou por entrevista dirigida.

Segundo Pinheiro (2018), a auditoria clínica é um processo que consiste na verificação objetiva das atividades e sua conformidade com as normas definidas pela organização. Permite identificar desvios passíveis de correção e tem como principal finalidade garantir cuidados seguros e de qualidade.

Neste estudo, optou-se pela auditoria com metodologia de entrevista. Cada item foi respondido por dois elementos de cada unidade de saúde avaliada e em cada questão, a resposta foi avaliada como “SIM”, na grelha de auditoria, quando os elementos participantes responderem corretamente.

Fortin *et al.* (2009) referem que na entrevista dirigida, o entrevistador tem elevado controlo acerca do seu conteúdo e desenvolvimento. A natureza das questões, a sua elaboração e apresentação são determinadas antecipadamente. Neste tipo de entrevista, as questões são

testadas previamente com o intuito de assegurar a sua clareza. A vantagem deste instrumento é que possibilita a comparação das respostas dos participantes.

O guia da entrevista utilizado encontra-se dividido em três partes. A primeira parte é constituída por questões acerca dos 10 padrões de qualidade das PCBI. A segunda parte engloba a avaliação do conhecimento das PBCI. A última parte é constituída por questões relacionadas com os recursos existentes.

Após a colheita de dados, estes foram introduzidos na base de dados on-line da DGS e foram calculados os índices de qualidade de cada questão. As fórmulas de cálculo dos Índices de Qualidade (IQ), encontram-se no Anexo II.

1.5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As respostas obtidas foram organizadas e analisadas através da plataforma da DGS das PBCI e apresentam-se, de seguida, mantendo a estrutura da mesma plataforma.

1- COLOCAÇÃO DOS DOENTES	S+N	SIM	IQ
1.1-É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infeciosos na admissão do doente	25	25	100%
1.2-Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco	21	20	95,24%

Tabela 1- Colocação de Doentes
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

O primeiro item corresponde à **Colocação dos Doentes**. Em todos os locais do ACeS Sotavento é feita avaliação de risco de transmissão de agentes infeciosos e apenas um local não tem sala de isolamento. Três unidades não foram consideradas nesta questão, por esta não ser aplicável.

2- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS			
2.1- Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes	25	25	100%
2.2- Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos	25	22	88%

Tabela 2- Higienização das mãos
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Relativamente à **Higiene das Mãos**, as 25 unidades tinham SABA disponível, quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde e 22 unidades tinham em curso campanhas de sensibilização sobre a higiene das mãos.

3- ETIQUETA RESPIRATÓRIA			
3.1 - Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória	25	21	84%
3.2 - Os doentes/clientes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA	24	24	100%
3.3 - Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória	25	19	76%
3.4 - Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/clientes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias	25	25	100%

Tabela 3- Etiqueta Respiratória
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

No que respeita o terceiro item **Etiqueta Respiratória**, 21 das 25 unidades tinham cartazes acerca da etiqueta respiratória. 19 unidades (76%) conheciam os componentes da etiqueta respiratória, sendo que em 6 unidades, no momento da visita, o local de refeição (copa) não tinha restrição de utilização, ou seja, neste local juntavam-se alguns profissionais sem máscara e sem distanciamento, não respeitando assim a etiqueta respiratória. Em todas as unidades, os profissionais sabem como devem agir relativamente aos doentes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias.

4- UTILIZAÇÃO DE EPI			
4.1 - Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização	25	24	96%
4.2 - Os EPI encontram-se num local limpo e seco	25	25	100%
4.3 - Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação	25	25	100%
4.4 - Estão disponíveis luvas de vários tamanhos	25	14	56%
4.5 - Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex	25	18	72%
4.6 - Os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra	25	24	96%
4.7 - Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes	23	17	73,91%
4.8 - Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos	23	17	73,91%
4.9 - As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado	7	7	100%
4.10 - Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição	25	23	92%
4.11 - Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular	25	22	88%
4.12 - Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos	25	25	100%

Tabela 4- Colocação de EPI
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Relativamente ao **Uso de EPI**, estes, com exceção de uma unidade, estão disponíveis junto ao seu local de utilização. Encontram-se em locais limpos e secos e os artigos

reutilizáveis têm um programa de descontaminação estabelecido. O material disponível apresenta algumas falhas pois apenas 14 unidades (56%) tinham disponíveis luvas de todos os tamanhos e 18 (72%) tinham alternativa ao latex. Em 24 unidades, os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contato direto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra. Em seis unidades (26%) não está implementado o uso de aventais de uso único no contato direto com os doentes nem o uso de bata de manga comprida em situações de maior risco.

Nas unidades em que se aplica o item 4.9, todas as visitas usam máscara. Em 2 unidades não existiam máscaras adequadas ao tipo de exposição e 3 unidades não tinham disponível (ou era muito reduzido) equipamento de proteção ocular. Todos os profissionais, prestam cuidados com sapatos fechados.

5- TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO MÉDICO			
5.1 - O material/equipamento de uso único não é reutilizado (se verificar a condição anterior escolha a opção sim)	25	25	100%
5.2 - As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis	25	0	0%
5.3 - Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos	25	0	0%
5.4 - A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída	25	25	100%

Tabela 5- Tratamento do equipamento médico
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

No que concerne ao **Tratamento do Equipamento Médico**, verificou-se que o material de uso único não é reutilizado em nenhuma unidade. As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos disponíveis, não estão disponíveis em qualquer unidade, pelo que também não existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos. A descontaminação dos equipamentos é feita e está atribuída, porém é executada sem ser de acordo com as recomendações dos fabricantes.

6- CONTROLO AMBIENTAL			
6.1- O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários	25	16	64%
6.2- Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica	25	21	84%
6.3- O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo	25	20	80%
6.4- Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica	25	25	100%

Tabela 6-Controlo ambiental
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

No **Controlo Ambiental**, verificou-se que 16 das 25 unidades (64%) tinham um ambiente de trabalho livre de objetos e equipamentos desnecessários e os profissionais de 21 unidades (84%) tinham conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica. Em cinco unidades (20%), o ambiente de trabalho não se encontrava visivelmente limpo e em todas as unidades existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica.

7- MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA			
7.1- A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida	0	0	__
7.2- A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização	0	0	__
7.3- Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção	0	0	__

Tabela 7- Manuseamento seguro da roupa
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Relativamente ao **Manuseamento da Roupa**, apenas foi considerado o manuseamento de roupa dos utentes. Assim, este item não é aplicável a nenhuma das unidades.

8- RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS			
8.1- Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos	25	20	80%
8.2- Os contentores não se encontram demasiado cheios	25	21	84%

Tabela 8- Recolha segura de resíduos
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Na **Recolha Segura de Resíduos**, em 20 unidades (80%) os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo sem o uso da mão. Os contentores encontravam-se demasiados cheios em quatro unidades.

9- PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS			
9.1- A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente	21	21	100%
9.2- São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados	21	21	100%
9.3- Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)	21	21	100%

Tabela 9- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Nas unidades em que este item de avaliação é aplicável, todas as unidades adotam uma prática segura na preparação e administração de injetáveis.

10- EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO			
10.1- Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projeção para as mucosas oculares	25	25	100%

Tabela 10- Exposição de risco no local de trabalho
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

No que diz respeito à **Exposição de Risco no Local de Trabalho**, os profissionais conhecem os procedimentos a adotar aquando de um acidente em serviço.

Com relação ao conhecimento revelado pelos profissionais em estudo sobre as PBCI, os resultados são apresentados seguidamente:

ESTRUTURAS - CONHECIMENTO DAS PBCI			
1 - A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde	25	25	100%
1.2 - Os profissionais conhecem a Norma das PBCI			
1.2.1- Médicos	19	12	63,16%
1.2.1- Enfermeiros	25	14	96%
1.2.3- Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)	8	6	75%
1.2.4- Assistentes Operacionais	25	24	96%
1.2.5- Funcionários de limpeza	0	0	__
1.2.6- Outros profissionais e/ou voluntários	0	0	__
2- A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho	0	0	__

3- Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos	25	22	88%
4- Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados	25	0	0%
5- Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados	23	22	95,65%

Tabela 11- Conhecimento das PBCI
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Relativamente aos conhecimentos das PBCI, todas as unidades têm disponível a norma das PBCI e das 25 unidades, 63,16 % dos médicos, 96% dos enfermeiros, 75% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e 96 % dos assistentes operacionais conhecem a norma das PBCI.

O item 3, não é aplicável uma vez que a avaliação de desempenho não está bem definida.

Em 22 das 25 unidades, existiam cartazes afixados acerca da técnica de higiene das mãos em locais estratégicos. Nenhuma unidade apresentava protocolos de descontaminação em locais apropriados. Em 22 unidades, de 23, apresentavam afixados protocolos de higienização ambiental em locais apropriados.

No que respeita os Recursos, os resultados são os seguintes:

ESTRUTURAS – RECURSOS			
1- Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos	25	22	88%
1.2-Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)	25	13	52%
2-O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)	25	17	68%
2.1-O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção	25	24	96%
3- Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e Controlo	25	25	100%

da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia			
4- Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente	0	0	__
4.1-Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor.	0	0	__
4.2-Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa	0	0	__
5-Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente	25	17	68%
5.1- Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado	25	25	100%
5.2- O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas	25	25	100%
5.3- O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização	25	25	100%
6- Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados	25	19	76%
6.1- O material/equipamento de uso único não é reutilizado	25	25	100%

Tabela 12- Estruturas- Recursos
Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020

Com relação aos recursos, os dados fazem emergir que em 22 das 25 unidades (88%), os EPI disponíveis são adequados aos procedimentos, mas apenas 13 das 25 unidades (52%) têm EPI suficientes para a prestação de cuidados. Em 17 unidades (68%), o material era adequado para a higienização das mãos e em 24 unidades (96%) o material para a higienização das mãos estava em boas condições de higiene e manutenção. Os antisséticos,

detergentes e desinfetantes usados em todas as unidades são os recomendados. Em oito unidades (32%), alguns dos contentores para a recolha de resíduos encontravam-se danificados e em número insuficiente. Em todas as unidades desta instituição, os locais de armazenamento de resíduos hospitalares têm as condições necessárias, estão inacessíveis ao público e estão devidamente sinalizados. Em 19 das 25 unidades (76%), existe um local de armazenamento para o equipamento, de maneira que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados. Por fim, em todas as unidades da Instituição, o material/equipamento de uso único não é reutilizado.

1.6- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS/NECESSIDADES

Tavares (1990) refere que "a identificação de problemas e das necessidades conduz à elaboração de projetos, exigindo o dispêndio de recursos, naturalmente escassos" (p.17). Assim, é necessário que qualquer projeto tenha uma importância prática que seja evidente, que contribua para a resolução de problemas relevantes na área da saúde e que satisfaça os objetivos das instituições, onde se pretende que seja implementado. O autor supracitado menciona ainda que no final do diagnóstico de situação, este possivelmente encontra-se incompleto e desatualizado, o que implica a necessidade de este ser continuamente atualizado, não sendo este fator impeditivo de avançar para a etapa seguinte.

Após leitura e interpretação dos dados obtidos, considerou-se como área com necessidade de intervenção, os resultados com valor inferior a 80%.

É possível fazer uma comparação dos resultados obtidos, com os resultados das auditorias de 2017, do GCL-PPCIRA. Assim, nesse ano, 100% dos profissionais conheciam os componentes da etiqueta respiratória, resultado muito superior ao obtido em 2020. Atualmente a etiqueta respiratória implica o uso permanente de máscara nos locais de trabalho, fato este que não era vivenciado na auditoria anterior.

Em 2017 não existia rotura de EPI. Associa-se este resultado à ausência de pandemia no ano de 2017. Aquando da realização da colheita de dados, verificou-se que o consumo de EPI era muito superior, devido à fácil propagação do novo Coronavírus, fazendo com que as PBCI se tornassem mais abrangentes, implicado um maior consumo de material.

Em 2017, 19% dos profissionais não usava avental de uso único e bata de manga comprida em situação de maior risco. Em 2020, a percentagem de profissionais que não usa bata e avental subiu para 26%, possivelmente porque muitos dos profissionais usam a bata ou pijama durante a sua atividade, considerando que já estão a usar o EPI. Todavia, o uso de avental de uso único ou bata de manga comprida em situações de maior risco de exposição não deverá ser ignorado.

Relativamente às recomendações dos fabricantes, em 2017, 20% das unidades tinha estas recomendações e apenas 13% tinha protocolos específicos para a descontaminação dos equipamentos. Na auditoria de 2020 nenhuma unidade apresentava as recomendações dos fabricantes porque estas recomendações não são enviadas pela ARS. Identificar as recomendações dos fabricantes e elaborar protocolos de descontaminação dos equipamentos tem-se revelado uma tarefa difícil, implicando o apoio das entidades de saúde a nível nacional e regional.

Em 2017, 86 % das unidades apresentavam um ambiente de trabalho livre de objetos e equipamentos desnecessários, valor superior ao obtido nesta auditoria, onde apenas 64% das unidades apresentavam um ambiente de trabalho livre de objetos. Constatou-se que algumas unidades apresentavam falta de espaço e armários para a arrumação de material.

Em 2020, apenas 68% das unidades apresentavam o equipamento adequado para a higiene das mãos (incluindo o hidratante das mãos), quando que em 2017 este resultado era de 100%. Pensa-se que devido à situação pandémica, a higiene das mãos ganhou uma maior visibilidade, fazendo com que os profissionais de saúde adotassem esta prática com rigor, proporcionado assim um maior consumo de sabão, SABA, e hidratante das mãos.

Nesta auditoria constatou-se que 68% dos contentores de resíduos eram adequados e em número suficiente, valor muito superior ao obtido em 2017, onde apenas 38 % dos contentores eram adequados e em número suficiente.

Apenas em 76% das unidades existia um local de armazenamento para o equipamento, de maneira que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados. Este valor é inferior ao de 2017, onde o valor obtido foi de 81%. Talvez, devido à situação pandémica, exige-se uma maior quantidade de material para uso diário, fazendo com que, devido ao tamanho reduzido de determinadas unidades, o material fique exposto.

Assim foram identificados os seguintes problemas:

- ✓ Falta de conhecimento dos componentes da etiqueta respiratória;
- ✓ EPI insuficiente;
- ✓ Uso incorreto de EPI (aventais de uso único no contato direto com os utentes e bata de manga comprida em situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos);
- ✓ Inexistência das recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos;
- ✓ Inexistência de protocolos específicos para a descontaminação dos equipamentos;
- ✓ Ambiente de trabalho ocupado com objetos e equipamentos desnecessários;
- ✓ Equipamento para a higiene das mãos desadequado;
- ✓ Contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente;

- ✓ Inexistência de local de armazenamento para o equipamento, de maneira que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados.

2- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades consiste na segunda fase da metodologia de Planeamento em Saúde e que tem como objetivo a hierarquização dos problemas/necessidades de saúde identificados anteriormente (Imperatori & Giraldes, 1992). Tavares (1990) refere que, tendo em conta o planeamento, para a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir através da implementação de um projeto é fundamental identificar as prioridades, fazendo com que seja possível identificar os problemas que são necessários resolver em primeiro lugar.

Neste estudo utilizou-se a grelha de análise, visível na figura 6, para determinar prioridades, tendo em conta os seguintes critérios:

- ✓ A importância do problema;
- ✓ A relação entre o problema e o/os fatores de risco;
- ✓ A capacidade técnica de resolver problemas;
- ✓ A exequibilidade do projeto ou da intervenção.

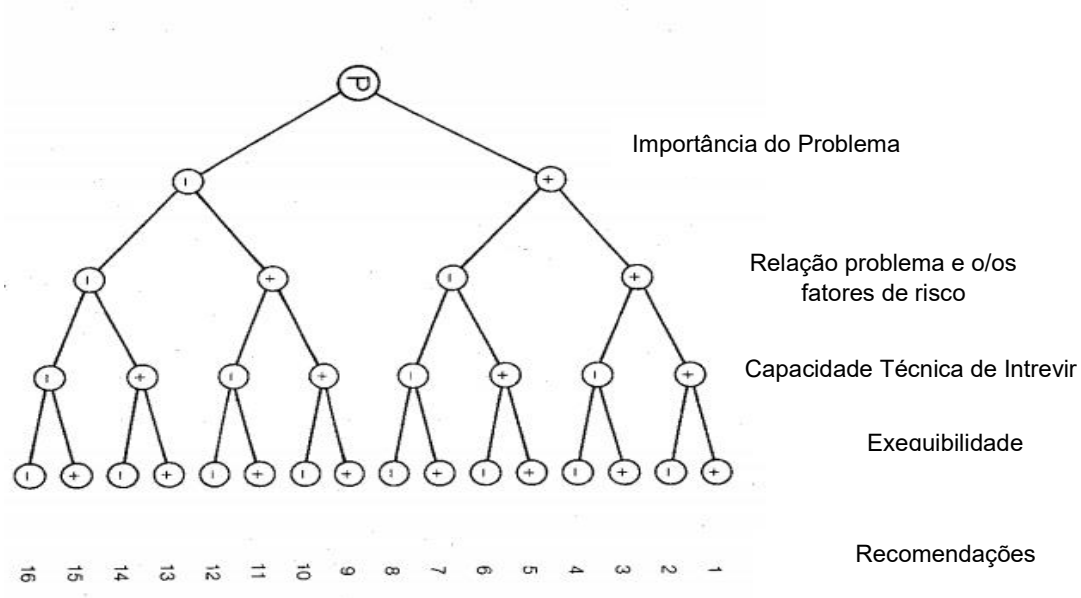


Figura 6- Grelha de Análise para determinação de Prioridades
Fonte: Adaptado de Imperatori e Giraldes (1992)

Problema	Falta de conhecimento dos componentes da etiqueta respiratória	EPI insuficiente	Uso incorreto de EPI	Inexistência das recomendações dos fabricantes	Inexistência de protocolos específicos	Ambiente de trabalho ocupado	Equipamento para a higiene das mãos desadequado	Contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente	Inexistência de local de armazenamento para o equipamento
Importância do Problema	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Relação problema/Fator (es) de risco	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Capacidade Técnica de Intervir	+	-	+	-	-	-	-	+	-
Exequibilidade	+	-	+	-	-	+	-	+	-
Recomendação	1	4	1	4	4	3	4	1	12

Tabela 13- Grelha de Análise
Fonte: elaboração própria

Tendo em conta os resultados obtidos através da aplicação da grelha de análise, consideraram-se como prioritários os problemas que obtiveram a recomendação 1. Assim, foi dada como prioridade máxima os seguintes problemas:

- ✓ Falta de conhecimentos acerca dos componentes da etiqueta respiratória;
- ✓ Uso incorreto de EPI;
- ✓ Existência de contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente.

3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a elaboração do diagnóstico de situação e determinação das prioridades, é necessário proceder à fixação dos objetivos a atingir relativamente a cada um dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1992). Os mesmos autores mencionam que esta etapa é crucial pois só com uma correta fixação de objetivos é possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos. Existem determinadas características que deverão ser tidas em conta aquando da formulação dos objetivos, ou seja, os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). Cada objetivo deve conter "a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto e o tempo em que este deverá ser atingido" (Tavares, 1990, p.116).

Para a elaboração deste projeto foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- ✓ Promover a aplicação correta das PBCI, por parte dos profissionais de saúde do ACeS Sotavento.

Objetivos específicos

- ✓ Promover a consolidação de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI;
- ✓ Sensibilizar os profissionais de saúde sobre as componentes da etiqueta respiratória;
- ✓ Sensibilizar os Órgãos de Gestão da instituição acerca da importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI;
- ✓ Identificar as necessidades das diversas unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades.

Perante a fixação de objetivos, surgem dificuldades que levam à necessidade de introduzir a noção de objetivos operacionais, ou metas. Assim, o objetivo operacional ou meta, é definido como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzindo-se em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1992). Melo

(2020) refere que as metas dão tempo aos objetivos específicos, revelando o prazo em que se pretende atingir cada um dos objetivos.

As metas delineadas encontram-se explanadas seguidamente:

Objetivos Específicos	Metas
Promover a consolidação de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI.	Promover a consolidação de conhecimentos de 80% dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI, até 30 de abril de 2021.
Sensibilizar os Órgãos de Gestão da instituição acerca da importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI.	Implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI, até 5 de maio de 2021.
Sensibilizar os profissionais de saúde sobre os componentes da etiqueta respiratória.	Sensibilizar 80% dos profissionais de saúde acerca dos componentes da etiqueta respiratória, até 30 de abril de 2021.
Identificar as necessidades das diversas unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades.	Identificar as necessidades de pelo menos 70% das unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades, até 5 de maio de 2021.

Tabela 14- Objetivos específicos e metas
Fonte: Elaboração própria

4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é uma etapa fundamental do Planeamento em Saúde, uma vez que é através desta fase que se irá conhecer qual o processo mais adequado para a redução dos problemas de saúde identificados. Com a definição de estratégias espera-se propor novas ações que permitam o alcance dos objetivos fixados e reduzir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1992). "O sucesso do alcance das metas e a produção de indicadores de resultado e de processo, com a otimização dos indicadores de estrutura, depende da forma rigorosa como são planeadas as estratégias de intervenção" (Melo, 2020, p.28).

A escolha de estratégias, segundo Tavares (1990), deverá ser feita de acordo com quatro parâmetros, nomeadamente:

- ✓ Os custos de cada estratégia;
- ✓ Os obstáculos a cada estratégia;
- ✓ A pertinência de cada estratégia;
- ✓ As vantagens e inconvenientes de cada estratégia.

Tendo em conta o descrito anteriormente, a Estratégia Multimodal para a Promoção das PBCI será a estratégia central deste projeto de intervenção.

Assim, pretende-se a **Mudança de Sistema** e o estabelecimento de uma **Cultura de Segurança**, facilitadora de um clima organizacional que valorize a intervenção e com foco no envolvimento de chefias e gestores institucionais**,** através do estabelecimento de parcerias com determinados *stakeholderes* tais como a Diretora Executiva, o Presidente da ARS e GCL e GCR-PPCIRA. Pretende-se desta maneira, como descreve Melo (2020) no MAIC, integrar membros e líderes da instituição de maneira a otimizar os recursos e competências desta comunidade de profissionais de saúde, permitindo assim delinear o projeto e as suas respetivas intervenções e avaliações. Tendo em conta os pressupostos do MAIEC, o enfermeiro deve estabelecer parcerias com os membros e líderes da comunidade, promovendo assim a sua autonomia na resolução de problemas. Melo (2020), refere que as parcerias são identificadas como fundamentais e estas são definidas como um processo através do qual as pessoas se juntam para resolver problemas, cooperar, partilhar recursos, criar redes e aproveitar a oportunidade.

Pender *et al* (2015) referem que as parcerias intersectoriais, quando elaboradas de maneira sensível à comunidade, melhorarão os serviços de prevenção e promoção da saúde prestados à população. A mesma fonte refere ainda que os enfermeiros se encontram numa posição chave para assumir um papel de liderança no cumprimento de metas nacionais de promoção da saúde.

As estratégias de *coping* comunitário não devem ser esquecidas, ou seja, as experiências anteriores desta comunidade de profissionais de saúde, relativamente as PBCI, devem ser tidas em contra pois experiências anteriores da comunidade em relação às problemáticas, conferem à comunidade recursos que se conjugam como forças e estratégias adaptativas para lhe dar resposta (Melo, 2020; Pender *et al*, 2015).

Esta Estratégia Multimodal é orientada para o conhecimento e educação, mas também para o comportamento (DGS, 2015). Assim, apesar de desde 2014 o GCL-PPCIRA realizar formação acerca das PBCI, é crucial continuar a investir na **formação e capacitação** regular dos profissionais de saúde, através de sessões de Educação para a Saúde/formações/reuniões. Pender *et al* (2015) referem que os enfermeiros promovem e apoiam a promoção da saúde através da "filosofia de empoderamento"[1] (p.4), uma vez que colaboram com indivíduos, grupos e comunidades por forma a capacitá-los, promovendo assim comunidades saudáveis.

A educação para a saúde é descrita pela OMS, em 2013, 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" (Ribeiro, 2015, p.4). O mesmo autor refere que a educação para a saúde é crucial para a promoção e proteção da saúde e para a prevenção das doenças (primária, secundária, terciária). Esta estratégia enquadra-se dentro do terceiro pressuposto do MAIEC, onde é referido que os "cuidados de Enfermagem à comunidade potenciam os domínios facilitadores do seu empoderamento, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade" (p.53). O enfermeiro deve identificar aspetos positivos que possibilitem à comunidade mobilizar a sua própria energia para reconhecer e resolver os seus problemas (Melo, 2020).

Na carta de Ottawa, as atividades de promoção da saúde são entendidas como um meio para atingir o desenvolvimento social e a saúde. Assim, a Promoção da Saúde consiste num processo que pretende criar as condições que possibilitem aos indivíduos e aos grupos controlar sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam. (Miranda & Loureiro, 2018). Os mesmos autores falam na capacitação da comunidade como

[1] A philosophy of empowerment

sendo caracterizada pelo aumento das competências de determinado grupo/comunidade para avaliar, definir, analisar e agir sobre as necessidades em saúde, educação, entre outros. Esta capacidade está dependente das oportunidades, dos recursos, dos constrangimentos e das condições de vida.

A comunicação não deverá ser esquecida, uma vez que esta é encarada como uma das bases da participação comunitária. Assim, tendo em conta os níveis de processamento de comunicação de McQuail, citado em Melo (2020), descritos na figura 7, a comunicação intra e intrepessoal é de enorme importância para que haja um processamento adequado da informação, por cada membro da comunidade, promovendo assim o seu envolvimento no que respeita o domínio cognitivo, através de estratégias de ensino e formação adequadas, e o domínio atitudinal, através de estratégias que apelam à mente e emoções.

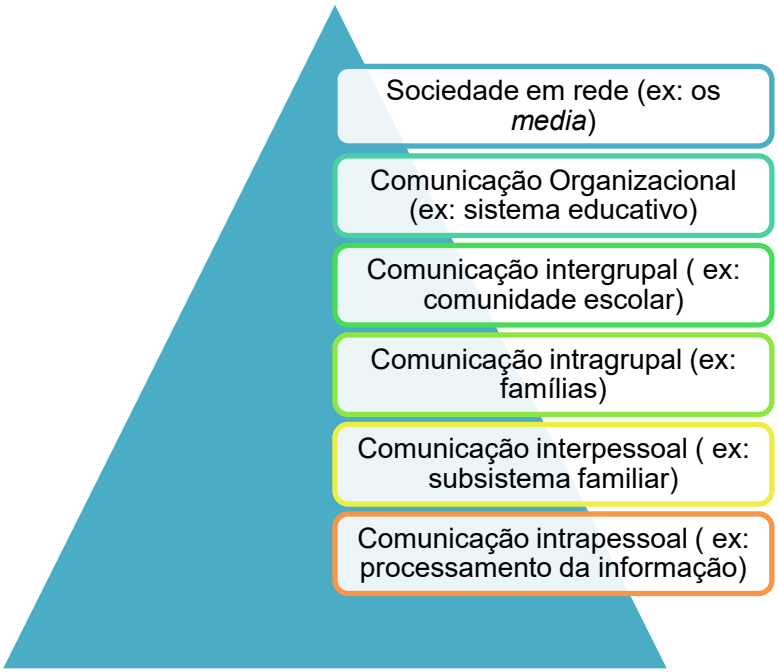


Figura 7- Níveis do processamento de comunicação de McQuail
Fonte: Adaptado de Melo (2020)

Com a **Monitorização e Feedback**, pretende-se que haja uma monitorização da aplicação das PBCI e das perceções e conhecimentos que os profissionais de saúde têm acerca dessa temática. É importante que exista um feedback acerca do resultado destas monitorizações, revelando aos profissionais implicados os resultados obtidos. A monitorização contínua é essencial pois permite medir as mudanças induzidas pela implementação das diversas estratégias e atividades, verificando posteriormente se as intervenções tiveram impacto positivo na aplicação das PBCI, na perceção e conhecimento entre os profissionais de saúde e na redução de IACS (WHO, 2009). As auditorias anuais das PBCI permitem esta

monitorização contínua, com respetivo feedback. O feedback poderá ser entendido, de acordo com a Teoria Social Cognitiva, como reforço. Este é visto, não como um simples fortalecimento das respostas, mas como uma informação sobre os resultados prováveis do próprio desempenho. Esta informação leva à formação de expectativas que influenciam a motivação do profissional.

Por fim, relativamente à estratégia **Lembretes e Comunicações**, pretendem-se criar lembretes acerca das PBCI, que serão enviados via e-mail, de forma aleatória, aos profissionais de saúde da instituição, com o intuito de lembrar e alertar os profissionais acerca da importância das PCBI e procedimentos adequados para que estas possam ser cumpridas.

Melo (2020) refere que na ação social e política (o nível mais elevado de empoderamento comunitário), há um cruzamento de todos os níveis de processamento da comunicação até à influência dos *media* (figura 7). Neste cruzamento do empoderamento comunitário com os diversos níveis de processamento de informação, surge o *marketing* social em saúde, associado à promoção de causas sociais e de responsabilidade social. Este tipo de *marketing* "pretende a adoção de comportamentos e a promoção de ideias que promovam o desenvolvimento da saúde das pessoas, seja a nível individual ou coletivo (…) Não tendo, contudo, fins lucrativos (…), o marketing associado à promoção das causas sociais e responsabilidade social e em saúde utiliza ferramentas comuns ao *marketing* enquanto processo global de promoção de algo." (Melo, 2020, p.68). O autor supracitado refere ainda que, quando se desenvolve um processo de envolvimento das comunidades para o seu empoderamento e participação nas tomadas de decisão que condicionam a saúde como um todo, a utilização das estratégias de *marketing* social possibilitam consolidar o alcance de ganhos em saúde comunitária, de forma mais permanente.

Por fim, é importante referir que um outro aspeto importante nos processos de comunicação e *marketing* é o desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação. Estes materiais correspondem a todas as formas utilizadas para partilha de informação, mas também para educar e promover a comunicação (folhetos, fotografias, cartazes, vídeos, pequenos manuais, entre outros). Independente da estratégia utilizada é fundamental organizar o pensamento alicerçado a uma estratégia de marketing social em saúde, escolhendo as técnicas de comunicação adequadas para a comunidade alvo (Melo, 2020).

5-PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO

Após as etapas já abordadas anteriormente, é importante planear operacionalmente a execução do projeto (Tavares, 1990). A especificação detalhada das atividades que irão ser realizadas nesta fase do planeamento em saúde, consistem basicamente em definir, de uma maneira mais pormenorizada, os resultados a obter com o projeto de intervenção, em listar as atividades deste mesmo projeto e em estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1992).

As atividades planeadas e a sua implementação foram discutidas com a Enfermeira Orientadora, de maneira que estas fossem as mais adaptadas possíveis à realidade da instituição e que, ao longo do seu decorrer, fossem esclarecidas dúvidas e receios.

É importante referir que as atividades desenvolvidas, foram adaptadas à situação pandémica em que nos encontrávamos, ou seja, as atividades presenciais com mais de 6 pessoas foram evitadas, respeitando assim as normas emitidas pela autoridade de saúde.

Seguidamente encontram-se expostas as atividades desenvolvidas, tendo em conta cada estratégia específica.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Apresentação do projeto aos responsáveis da instituição (Apêndice IV)	Mestranda Enfª Responsável Diretora Executiva Delegado de Saúde Coordenadora do GCL-PPCIRA	Fevereiro 2021	Instituição de saúde	Via e-mail	Computador Internet

Apresentação do projeto aos profissionais de Saúde da Instituição	Mestranda Enfª Responsável Diretora Executiva Delegado de Saúde Coordenadora do GCL-PPCIRA	Fevereiro 2021	Instituição de saúde	Via e-mail	Computador Internet
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade de adquirir contentores de recolha de resíduos adequados	Mestranda Enfª Responsável Diretora Executiva Delegado de Saúde Coordenadora do GCL-PPCIRA	Março de 2021	Sala de reuniões	Método expositivo	Computador Projetor Sala de reuniões
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade de implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI	Mestranda Enfª Responsável Diretora Executiva Delegado de Saúde Responsável da ARS Algarve	Março 2021	Sala de reuniões	Método expositivo Dinâmica de Grupo	Computador Projetor Sala de reuniões

	Coordenadora do GCL-PPCIRA				

Tabela 15- Estratégia Mudança de Sistema e Cultura de Segurança
Fonte: Elaboração própria

Atividades	**Quem**	**Quando**	**Onde**	**Como**	**Recursos**
Elaboração de protocolo de funcionamento da Área Dedicada a Doentes Respiratórios na Comunidade (ADR-C), no âmbito das PBCI (Apêndice IX)	Mestranda Enfermeira Orientadora Coordenadora e elementos GCL-PPCIRA Vogal de Enfermagem Coordenadora da UAG Profissionais de Saúde da Instituição	Janeiro e Fevereiro 2021	Instituição de saúde	Reuniões com GCL-PPCIRA e com Chefias Visitas ao local de funcionamento do ADR Documento Word/PDF	Sala de reuniões Carro Computador Internet
Elaboração de plano de formação sobre PBCI (Apêndice V e Apêndice VII)	Mestranda Enfermeira Orientadora	Março e abril de 2021	Instituição de saúde	Reuniões com GCL-PPCIRA e com Chefias Reunião com Enfermeira Orientadora	Sala de reuniões Computador Internet
Realização de reunião para apresentação/validação do Plano de Formação (Apêndice VI)	Mestranda Enfermeira Orientadora	Abril de 2021	Instituição de saúde	Método demostrativo e Expositivo via ZOOM	Sala de reuniões Computador Internet

	Coordenadora e elementos GCL-PPCIRA				
Realização de formação acerca da Etiqueta Respiratória (Apêndice VII)	Mestranda Enfermeira Orientadora Enfermeiros Coordenadores	Abril 2021	Instituição de Saúde	Método demostrativo e Expositivo via ZOOM	Computador Internet
Realização de formação acerca das PBCI (Apêndice VII)	Mestranda Enfermeira Orientadora Elos PPCIRA	Abril 2021	Instituição de saúde	Método demostrativo e Expositivo via ZOOM	Computador Internet

Tabela 16- Estratégia Formação e Capacitação
Fonte: Elaboração própria

Atividade	**Quem**	**Quando**	**Onde**	**Como**	**Recursos**
Elaboração de relatório acerca da auditoria anual PBCI, por unidade, com objetivos de melhoria (Apêndice VIII)	Mestranda Enfermeira Orientadora Profissionais de Saúde da Instituição Coordenadora da UAG	Abril de 2021	Instituição de Saúde	Método descritivo, formato Word	Grelha de auditorias Computador Internet
Avaliação das necessidades de	Mestranda	Abril de 2021	Instituição de saúde	Via e-mail	Computador Internet

contentores de resíduos	Enfermeira Orientadora				

Tabela 17- Estratégia Monitorização e Feedback
Fonte: Elaboração Própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Elaboração e divulgação de lembretes, acerca das PBCI (Apêndice XII)	Mestranda Profissionais de Saúde da Instituição	Abril e maio de 2021	Instituição de Saúde	via email	Computador internet
Divulgação de faixas de elaboração própria e cartazes acerca da higiene das mãos, EPI e etiqueta respiratória (Apêndice XIII)	Mestranda Profissionais de Saúde da Instituição Empresa de publicidade	Abril e maio de 2021	Instituição de Saúde	Via email	Computador Internet

Tabela 18- Estratégia Lembretes e Comunicações
Fonte: Elaboração Própria

5.1- PREVISÃO DOS RECURSOS

De acordo com Tavares (1990), todo o projeto requer a existência de recursos humanos, de equipamento, de uma estrutura administrativa e de apoio logístico. Estes recursos inerentes ao projeto têm um custo que deverá ser estimado e financiado. Tendo em conta o descrito, é importante fazer uma descrição dos recursos que foram utilizados neste projeto, bem como a estimativa de custo que lhes está associada. Esta descrição encontra-se explanada na seguinte tabela.

Recursos	Descrição	Estimativa de Custo
Recursos Humanos	Mestranda Enfermeira Orientadora Responsável da UAG Coordenadora do GCL-PPCIRA Elementos PPCIRA Diretora Executiva Coordenador da USP	2000€
Recursos Materiais	Carro da Instituição Combustível Computador Projetor Internet Fotocópias Pósteres Faixas	1700€
Recursos Físicos	Instalações da Instituição	200€
Custo total		3900€

Tabela 19- Previsão dos Recursos
Fonte: Elaboração Própria

5.2- DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A divulgação do projeto foi feita dentro da instituição através de e-mail por parte do GCL-PPCIRA, para todos os profissionais de saúde da instituição.

Após a realização das auditorias, foi elaborado um Plano de Formação acerca das PBCI (Apêndice V), de maneira que este fosse difundido pelas diversas unidades funcionais da instituição de saúde, de maneira a sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância de continuar a implementar a estratégia multimodal. Dentro deste âmbito, criaram-se também várias atividades que se encontram calendarizadas no cronograma em anexo.

5.3- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Os cronogramas são gráficos de duas dimensões, onde o tempo (dias, meses) está representado nas abcissas e as atividades que constituem o projeto, nas ordenadas. Cada

atividade prevista no tempo representa-se por um retângulo que será colorido à medida que vai sendo executado. É de mencionar que os cronogramas permitem a visualização das diferentes tarefas que integram o projeto, revelando, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas e, durante a execução, do atraso ou avanço existentes (Imperatori & Giraldes, 1992).

No Apêndice X encontra-se o cronograma desenvolvido com o intuito de orientar temporalmente as atividades planeadas para este projeto de intervenção comunitária.

5.4- SEGUIMENTO/FOLLOW-UP DO PROJETO

Esta etapa é importante uma vez que possibilita um seguimento constante das intervenções planeadas, permitindo também realizar alguns ajustes e adaptações, devido a problemas ou impedimentos que surjam quer durante o planeamento das atividades, quer na sua implementação. O *follow-up* também nos permite obter o *feedback* dos intervenientes no projeto, possibilitando assim troca de ideias e também um reforço positivo para com os que estão envolvidos no projeto. Por forma a receber feedback dos profissionais de saúde foi elaborado um relatório, por unidade funcional, onde constam os problemas/necessidades identificados e respetivas propostas de melhoria para a resolução desses mesmos problemas. Estes relatórios irão posteriormente ser analisados pela equipa do CGL-PPCIRA e discutidos com os elos de todas as unidades funcionais, por forma a dar continuidade à aplicação da estratégia multimodal.

6- MONITORIZAÇÃO /AVALIAÇÃO

A avaliação corresponde à última etapa do planeamento em saúde, permitindo a comparação dos resultados obtidos com os esperados, implicando a aplicação de medidas corretivas (Imperatori & Giraldes, 1992). A avaliação consiste na maneira sistemática de utilizar uma experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente (OMS, 1978, citado em Tavares, 1990). É de referir que a avaliação não é sinónimo de monitorização, uma vez que esta última visa a verificação contínua do desenvolvimento do projeto, sendo parte integrante da avaliação (Tavares, 1990).

Após a avaliação dos resultados, comparam-se as metas estipuladas e analisam-se, por forma a verificar se foram ou não atingidas, e o processo de planeamento em saúde reinicia-se para a continuidade dos cuidados à comunidade (Melo, 2020). É de sublinhar que, segundo Imperatori e Giraldes (1992), o propósito da avaliação consiste não só em justificar as atividades, mas também em melhorar os programas e orientar a repartição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência.

Numa situação de planeamento, a maioria dos elementos utilizados na avaliação, encontram-se na forma de indicadores (Imperatori & Giraldes, 1992). Os indicadores surgem, em diversas etapas do planeamento em saúde, como instrumentos de medida das variáveis em estudo. Tavares (1990) refere que existem dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação, nomeadamente os indicadores de resultado (avaliações externas) e indicadores de atividade (avaliações internas).

Tendo em vista operacionalizar esta etapa do planeamento, procedeu-se à avaliação das metas definidas e à avaliação dos indicadores de resultado e de processo.

Objetivo Específico	Meta	Indicador de resultado	Avaliação
Promover a consolidação de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI	Promover a consolidação de conhecimentos de 80% dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI, até 30 abril de 2021.	Nº de profissionais de saúde em que se promoveu a consolidação de conhecimentos acerca das PBCI (8) /nº total de elos PPCIRA convocados (15)X100 Implementação do plano de formação	Promoveu-se a consolidação de conhecimentos em 53% dos profissionais de saúde (Não atingido) Implementado
Sensibilizar os Órgãos de Gestão da instituição sobre a importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI	Sensibilizar pelo menos 80% dos Órgãos de Gestão instituição sobre a importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI, até 4 de maio de 2021	Nº de profissionais sensibilizados (5) / nº total de profissionais pertencentes ao conselho clínico (5)	Todos os Órgãos de Gestão da Instituição foram sensibilizados. (100%)
Sensibilizar os profissionais de saúde sobre os componentes da etiqueta respiratória	Sensibilizar 80% dos profissionais de saúde acerca dos componentes da etiqueta respiratória, até 30 de abril de 2021.	Nº de profissionais de saúdes sensibilizados (8) /nº total de profissionais convidados (17)X100 Implementação do Protocolo de funcionamento do ADR-Comunidade	Apenas 47% dos coordenadores foram sensibilizados acerca da etiqueta respiratória Implementado

		Implementação do Plano de formação sobre PBCI	Implementado
Identificar as necessidades das diversas unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades.	Identificar as necessidades de pelo menos 70% das unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades, até maio de 2021.	Nº de enfermeiros que reportaram as suas necessidades (9) /Nº de profissionais contatados (12)X100	Foram identificadas as necessidades de 75% das unidades (Atingido)

Tabela 20: Indicadores de Resultado
Fonte: Elaboração Própria

Como é possível constatar através do descrito anteriormente, houve objetivos que foram atingidos na totalidade e outros parcialmente. Antes de mais, refere-se que houve necessidade de adaptar os objetivos à situação pandémica. As intervenções que inicialmente seriam para todos os profissionais de saúde da instituição foram adaptadas para grupos mais pequenos. Assim, tendo em conta o descrito, pensou-se que seria favorável intervir juntos dos elos PPCIRA de cada unidade e respetivos coordenadores (médicos e de enfermagem), de maneira que pudessem replicar, em cada respetiva unidade, o conteúdo das sessões apresentadas. Tal como refere a WHO (2009), no âmbito de um programa de aplicação de PBCI, os alvos da formação em diferentes níveis são os formadores, observadores e os profissionais de saúde. Assim, aconselhar uma abordagem descendente para a formação, onde o responsável do programa, neste caso os coordenados do GCL PPCIRA, em conjunto com outros elementos-chave da instituição de saúde (coordenadores e gestores) irá identificar os elementos capazes de desempenhar o papel de formadores e observadores (neste caso concreto os elos PPCIRA de cada unidade).

O primeiro objetivo "**Promover a consolidação de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, acerca do uso correto de EPI**" foi atingido parcialmente. Foi feita uma formação/reunião com os elos PPCIRA, onde foi apresentado o plano de formação elaborado e foi abordada a temática do uso de equipamento de proteção individual. A meta estabelecida para este objetivo foi de pelos menos 80%, contudo apenas foi promovida a consolidação de conhecimentos a 53% dos convocados. Por outro lado, para atingir este

objetivo, planeou-se a implementação e difusão do plano de formação pelas diversas unidades componentes da unidade de saúde. Esta atividade planeada foi concretizada.

O segundo objetivo "**Sensibilizar os Órgãos de Gestão instituição sobre a importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, no âmbito das PBCI**" foi atingido na sua totalidade uma vez todos os elementos do órgão de gestão foram sensibilizados acerca da temática. O culminar deste objetivo resultou na aceitação e implementação, pelo Conselho Clínico da Instituição, da obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI.

O terceiro objetivo "**Sensibilizar os profissionais de saúde sobre os componentes da etiqueta respiratória"** foi atingido parcialmente. Apenas 47% dos coordenadores das unidades foram sensibilizados acerca da etiqueta respiratória. Contudo, foi possível elaborar e implementar não só o plano de formação PBCI anteriormente referido, mas também o protocolo de funcionamento da unidade de atendimento a utentes com sintomas respiratórios. Ambas as atividades, complementaram o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde sobre os componentes da etiqueta respiratória.

O quarto e último objetivo específico "**Identificar as necessidades das diversas unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades"** foi atingido na totalidade uma vez que foi possível identificar as necessidades de 75% das unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar ao órgão superior estas mesmas necessidades. Para atingir este objetivo, além da realização da auditoria que permitiu constatar que vários serviços tinham contentores danificados e em número insuficiente, foi necessário, posteriormente, contatar cada serviço de forma individual, de maneira a conhecer detalhadamente quantos contentores e respetiva capacidade, eram necessários reportar. Houve serviços contatados que não reportaram as suas necessidades, apesar de estas terem sido observadas na auditoria de 2020.

Apresentação do projeto aos responsáveis da instituição		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Que 100% dos responsáveis da instituição conheçam o projeto de intervenção comunitária, até 28 de fevereiro de 2021	Nº de responsáveis que respondeu ao e-mail/nº de profissionais que foi enviado email	100% (Meta atingida)

Apresentação do projeto aos profissionais da instituição		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Que 100% dos profissionais da instituição tenham conhecimento da existência deste projeto de intervenção comunitária, até 28 de fevereiro de 2021	Email difundido pelos elos PPCIRA pela Coordenadora do GCL PPCIRA	100% (Meta atingida)
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade de adquiri contentores de recolha de resíduos adequados		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Realização de reunião com os Órgãos de Gestão, para abordar a importância de adquirir contentores de recolha de resíduos adequados, até março de 2021	Nº de profissionais presentes na reunião (5) /nº de profissionais convocados (5) X100	100% (Meta atingida)
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Realização de reunião com os Órgãos de Gestão, para abordar a importância de implementar a obrigatoriedade da formação acerca das PBCI até março de 2021	Nº de profissionais que aprovaram a obrigatoriedade da formação (5) /nº todas de profissionais do órgão de gestão convocados (5)	100% dos elementos do conselho clínico aprovaram a obrigatoriedade da Formação acerca das PBCI (Meta atingida)
Elaboração de plano de formação sobre PBCI		
Meta	**Indicador de Processo**	**Avaliação**
Elaborar um plano de formação acerca das PBCI até abril de 2021	Elaboração do plano de formação	Elaborado plano de formação (100% Meta atingida)
Realização de reunião com elos PPCIRA para apresentação/validação do plano de formação		

Meta	Indicador de processo	Avaliação
Realização de reunião com elos PPCIRA para apresentação/validação do Plano de formação até março de 2021	Validação pela Coordenadora do GCL-PPCIRA	Plano de formação apresentado e validado pelo GCL PPCIRA (100% meta atingida)
Realização de formação acerca da Etiqueta Respiratória		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Que 80% dos Coordenadores das diferentes Unidades de Saúde participem nas sessões de educação para a saúde até 15 de abril de 2021	Nº de profissionais presentes/nº profissionais convocados	Apenas 47% dos coordenadores convocados participou na formação (Meta Não atingida)
Realização de formação acerca das PBCI		
Meta	**Indicador de Processo**	**Avaliação**
Que 80% dos elos PPCIRA participem nas sessões de educação para a saúde, até 30 de abri de 2021	Nº de profissionais presentes/nº profissionais convocados	Apenas 53% dos elos participaram na sessão (Meta não atingida)
Elaboração de protocolo de funcionamento o ADR-Comunidade		
Meta	**Indicador de Processo**	**Avaliação**
Elaborar protocolo de funcionamento do ADR-Comunidade, no âmbito das PBCI, até 28 de fevereiro de 2021	Elaboração do protocolo de funcionamento do ADR-Comunidade pelos profissionais da instituição	Protocolo elaborado e implementado pela instituição (Meta atingida)
Elaboração de relatório acerca da auditoria anual PBCI, por unidade, com objetivos de melhoria		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Elaboração de relatório acerca da auditoria anual PBCI, por	Elaboração do relatório	Elaborado e difundido na instituição (Meta atingida)

unidade, com objetivos de melhoria, até maio de 2021		
Levantamento das necessidades das diversas unidades relativamente aos contentores de resíduos		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Conhecer as necessidades relativamente aos contentores de resíduos, de pelo menos 70% das unidades, até maio de 2021	Nº de enfermeiros que reportaram as suas necessidades (9) /Nº de profissionais contatados (12)	Conheceram-se as necessidades de 75% das unidades (Meta Atingido)
Elaboração de lembretes acerca das PBCI		
Meta	**Indicador de processo**	**Avaliação**
Elaboração de lembretes acerca das PBCI até abril de 2021	Elaboração de lembretes e difundi-los pela comunidade da instituição	Meta atingida
Divulgação de cartazes acerca da higiene das mãos, EPI e etiqueta respiratória		
Meta	**Indicador de Processo**	**Avaliação**
Partilha de cartazes acerca da higiene das mãos, EPI e etiqueta respiratória, até maio de 2021	Partilha de cartazes acerca da higiene das mãos, EPI e etiqueta respiratória	Meta atingida

Tabela 21: Indicadores de Processo
Fonte: Elaboração própria

A implementação da obrigatoriedade de uma formação acerca das PBCI para todos os elementos que iniciem funções nesta instituição foi muito positiva. Desta maneira, desenvolveu-se um Plano de Formação composto por formações de temáticas variadas (Apêndice VII), no âmbito da prevenção e controlo de infeção (“Etiqueta Respiratória”, “Uso de Equipamento de Proteção Individual” “Higiene das mãos” “Uso e gestão de Luvas nas Unidades de Saúde” “Higienização de superfícies” e “Precauções Básicas de Controlo de Infeção”). Juntamente com as formações, criaram-se quatro vídeos demonstrativos, que abordam as PBCI, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pois muitos dos vídeos demostrativos existentes abordam apenas a componente hospitalar. Foi elaborado também um guião dos respetivos vídeos. Refere-se ainda que os vídeos foram enviados para o

departamento específico com o intuito de serem validados e que seja permitida a sua replicação nesta unidade de saúde.

De forma a facilitar o processo de partilha, criou-se uma pasta partilhada com os elos PPCIRA, para que venha a ser replicado este plano de formação, consoante as necessidades das unidades. A sustentabilidade deste projeto foi alcançada uma vez que, nesta instituição, anualmente está preconizado a realização das Auditorias PBCI, quer em formato de questionário quer em formato de observação, identificando assim as necessidades das diferentes unidades. Após tratamento de dados recolhidos através da auditoria, o Plano de Formação elaborado, poderá ser adaptado às necessidades identificadas, e replicado pelos elos PPCIRA das diversas unidades.

A elaboração do Protocolo de Funcionamento do ADR-C surgiu da necessidade de funcionamento desta unidade de trabalho, associada à importância de intervir no âmbito da Etiqueta Respiratória e no Uso de EPI. Assim, para que fosse possível iniciar as consultas dedicadas a doentes respiratórios, no ACeS Sotavento, elaborou-se este protocolo em colaboração com mais dois elementos PPCIRA, de forma a esclarecer e capacitar todos os profissionais que trabalhassem neste local, no âmbito das PBCI.

Criou-se uma fotografia com respetivo *slogan "*As Tuas Mãos Primeiro*"*, (Apêndice XII) acerca da importância da higiene das mãos, com o intuito de a partilhar pelas diversas unidades por forma a comemorar o dia 5 de maio (Dia Mundial da Higiene das Mãos). Para comemorar este dia, criaram-se também, com a colaboração financeira da unidade de apoio à gestão, quatro faixas, com o mesmo *slogan*, que foram colocadas nas quatro sedes da Instituição de Saúde (Apêndice XIII). Houve também a partilha de ideias, via e-mail, com os diversos elos PPCIRA acerca da forma como cada unidade, celebrou o dia 5 de maio.

6.1- AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Ao longo do projeto fizeram-se várias reuniões com diversos elementos, acerca da aplicação da estratégia multimodal das PBCI, nas diversas unidades. Existiu com frequência comunicação entre a mestranda, elementos do PPCIRA, e elementos de coordenação das unidades de saúde. A implementação do protocolo de funcionamento do ADR-Comunidade exigiu, mesmo após a sua aplicação, a continuidade de troca de e-mails e telefonemas para que fossem adaptadas as medidas estabelecidas no protocolo com a estrutura do ADR e os seus profissionais.

Foi possível também estabelecer contato com os profissionais de saúde que colocaram questões acerca dos problemas detetados nas auditorias e como é que estes problemas poderiam ser resolvidos.

A realização de auditorias por entrevista foi uma adaptação pois inicialmente o objetivo seria realizar auditoras com base na observação. Estas últimas não foram adotadas devido à pandemia, uma vez que havia a possibilidade de não cumprir as normas de etiqueta respiratória. Pensa-se que através das auditorias por observação seria possível obter resultados mais fidedignos porque tal como refere Dowding et al. (2020), no seu estudo, os enfermeiros observados apresentavam elevado grau de conhecimentos acerca das PBCI, essencialmente acerca da higiene das mãos, contudo, através da observação destes profissionais de saúde na prestação de cuidados, este elevado grau de conhecimento não se refletiu na prática.

Inicialmente estava programada a realização de uma segunda auditoria, para avaliar a implementação do plano de formação desenvolvido. Contudo, recomenda-se que estas auditorias sejam feitas, pelo menos com 6 meses de intervalo. Sendo que a primeira auditoria foi realizada em dezembro de 2020, a segunda deveria ser agendada para junho de 2021. Esta atividade não foi realizada durante o estágio, mas fica agendada para ser realizada posteriormente, na data indicada, por elementos dos PPCIRA. Esta situação foi negativa para o projeto uma vez que a auditoria seria utilizada como meio de avaliação de determinadas atividades desenvolvidas.

É de mencionar que a Pandemia por Coronavírus veio dificultar a implementação deste projeto, e consequentemente, a aplicação da estratégia multimodal. Houve necessidade de realizar sessões/formações em formato on-line, em vez de presencial. Inicialmente pensava-se ser possível realizar estas sessões para os vários profissionais de saúde. Todavia, estas tiveram que ser adaptadas e replicadas aos elos PPCIRA, que posteriormente as replicarão nas respetivas unidades, isto porque, tal como na realização das auditorias, havia a necessidade de cumprir a etiqueta respiratória, não havendo possibilidade de reunir muitos profissionais em salas de reuniões. Verificou-se também que não houve disponibilidade das equipas, nomeadamente elos PPCIRA e Coordenadores, para participar nas atividades do projeto, devido ao acréscimo de trabalho vivido nesta instituição. Pensa-se que este acréscimo de trabalho dos profissionais de saúde, devido essencialmente à vacinação covid-19 e realização de testes covid, fez com que não se obtivesse a participação desejada nas reuniões/formações, revelando-se um fator negativo.

Houve também a necessidade de adaptar o último objetivo específico. Inicialmente pensou-se em aumentar o número de contentores de resíduos nas diversas unidades. Este objetivo implicaria mais tempo do que o disponível, uma vez que exigia o envolvimento de várias instituições e em tempo de pandemia, o fornecimento deste material foi comprometido. Deste modo, realizou-se o levantamento das necessidades das respetivas unidades e foi feito

o reporte destas necessidades ao órgão responsável, que articulará com a empresa fornecedora de contentores.

PARTE IV- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Estágio I e o Estágio final, tal como descrito no Guia Orientador do Estágio Final de 2021, pretendem que haja, por parte dos estudantes, o desenvolvimento de competências que lhes permitam a consolidação da sua identidade profissional. "O Estágio deve representar, para cada estudante, um processo de aprendizagem, que implica a aquisição e a consolidação dos conhecimentos e competências de especialista e o aperfeiçoamento da capacidade de raciocinar e resolver problemas em enfermagem comunitária". (p.2)

Assim, o estágio na Unidade de Saúde Pública de VRSA possibilitou o desenvolvimento e consolidação de determinadas competências na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que irão ser descritas seguidamente.

1-COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) "o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (p.4744). Para que seja possível atribuir o título de especialista é necessário que além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva especialidade em Enfermagem, os enfermeiros partilhem um conjunto de competências comuns que sejam extensíveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

"a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Durante a realização dos dois estágios, quer durante a elaboração e implementação do projeto quer durante a realização de atividades no âmbito da unidade da saúde pública, a mestranda agiu de acordo com as normas legas, princípios éticos e deontologia profissional.

No decorrer do estágio foram feitos os pedidos necessários para o desenvolvimento e implementação do projeto, respeitando sempre os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Foram contatadas as entidades responsáveis, nomeadamente o Coordenador

da USP, Diretora Executiva, Presidente da Comissão de Ética da ARS Algarve e a Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja cujas respostas foram favoráveis. Durante a colheita de dados, as entidades dos participantes e das respetivas unidades foram respeitadas, mantendo assim o seu anonimato.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

"a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
c) Garante um ambiente terapêutico e seguro" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

O estágio permitiu que fossem desenvolvidas competências que possibilitaram a adoção de um papel ativo e participativo dentro da instituição. Foi possível a realização de reuniões com diversos elementos da equipa multidisciplinar acerca da importância da implementação do projeto bem como de outras atividades dentro do PPCIRA, como o funcionamento do Drive Thru, do ADR e Centro de Vacinação Covid-19 (CVC). Foi possível também receber o feedback de vários profissionais da instituição relativamente às auditorias realizadas e aos problemas/necessidades identificadas. O levantamento das necessidades das diversas unidades, através das auditorias, bem como a elaboração do relatório com propostas de melhoria, contribuiu para a melhoria contínua das unidades e para a criação de ambientes seguros.

Realizaram-se também visitas a uma extensão de saúde que estava em remodelação, uma vez que esta não tinha sala de sujos arejada nem área de despejos. Assim houve a necessidade de intervenção de elementos do PPCIRA (Enfermeira Orientadora), junto dos engenheiros responsáveis pela obra, de forma que a unidade ficasse equipada de acordo com as normas em vigor, respeitando as regras e recomendações do PPCIRA.

Intervir no âmbito das precauções básicas de controlo de infeção e sensibilizar os profissionais para a importância da sua aplicação, significa investir em programas de melhoria contínua das unidades bem como na promoção de ambientes seguros para a prestação de cuidados.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

"a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

A realização do estágio na USP com a orientadora, que por sua vez, é Coordenadora do GCL do ACeS Sotavento, possibilitou o desenvolvimento das competências acima referidas. O acompanhamento na coordenação e cooperação nas atividades desenvolvidas no Drive Thru, no ADR e no CVC permitiu compreender a importância de gerir os cuidados de enfermagem e articulá-los com a equipa multidisciplinar. Houve a possibilidade de, através da experiência obtida no campo de estágio, criar um Drive Thur numa outra unidade de saúde, organizando o seu funcionamento e capacitando os profissionais de saúde que estiveram envolvidos. Assim, foi possível realizar testes Covid-19 a 42 utentes, numa dada localidade do interior algarvio, evitando que estes tivessem que se deslocar cerca de 70 km. Sem a experiência adquirida previamente, esta atividade não poderia ser realizada.

A implementação do projeto da mestranda implicou a articulação com diversos elementos da equipa multidisciplinar, requerendo capacidade de liderança para o desenvolvimento das atividades planeadas, incluindo a marcação e realização de diversas reunião/formações, adaptadas à situação pandémica. A criação e divulgação de lembretes e faixas para comemorar o dia 5 de maio implicou a articulação com empresas exteriores à Unidade de Saúde e com a Unidade de Apoio à Gestão, que financiou esta atividade.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

"a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

O desenvolvimento desta competência alcançou-se através do estudo e intensa pesquisa bibliográfica, o que permitiu basear a prática clínica em evidência científica. A elaboração e implementação do projeto foi um processo de aprendizagem que implicou também uma reflexão acerca da prática de cuidados em tempo de pandemia, e da forma como a prevenção e controlo da infeção se encontram presentes na base do cuidar.

Com o decorrer do estágio, associado à pesquisa bibliográfica, houve, de forma progressiva, um maior envolvimento com as atividades desenvolvidas pela orientadora, possibilitado assim a tomada de decisões mais assertivas durante a implementação do projeto. A colheita de dados através das auditorias, e respetivo tratamento de dados, acompanhados de pesquisa em bases de dados e sites com base científica, permitiu a elaboração de um artigo científico original, que se encontra em apêndice, de maneira a divulgar o trabalho desenvolvido.

2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária incluem, em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que pretendem promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e informar os cidadãos acerca do que podem esperar destes profissionais especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública vê a sua prática centrada nas comunidades e devido ao seu entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e devido à sua elevada capacidade para responder de maneira adequada às necessidades das diferentes pessoas/grupos/comunidades, consegue proporcionar efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública serão apresentadas seguidamente com a respetiva reflexão.

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

O projeto "Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para melhorar" baseou-se na metodologia de Planeamento em Saúde e a sua elaboração e aplicação decorreu durante o Estágio I e o Estágio Final.

Assim, foi possível avaliar as necessidades de saúde numa população específica, concretamente os profissionais de saúde de uma unidade de saúde. Para conseguir realizar esta atividade, elaborou-se o diagnóstico de saúde desta comunidade. Após conhecer as necessidades de saúde da população, foi necessário estabelecer prioridades em saúde e posteriormente desenvolver objetivos (geral e específicos), com respetivas metas. Planearam-se e implementaram-se atividades com vista a resolução das necessidades/problemas identificados. Foi necessária a articulação com vários elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, órgãos

de gestão, e também com elementos fora da instituição, como por exemplo empresas de publicidade. Por fim, procedeu-se à avaliação do projeto, através da avaliação dos indicadores de atividade e de processo.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

A realização dos dois estágios permitiu elaborar, em parceria com vários elementos da equipa multidisciplinar e fora da unidade de saúde, um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos profissionais de saúde do ACeS Sotavento. Conseguiu-se dinamizar, participar e avaliar a ações de promoção da saúde, mobilizando e integrando conhecimentos na área da comunicação e educação através da elaboração e apresentação de formações/reuniões, dirigidas a grupos específicos dentro da comunidade de profissionais de saúde desta instituição.

Para a elaboração deste projeto recorreu-se ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e, complementarmente, ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo e à Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, com o intuito de promover a mudança de comportamentos desadequados e, consequentemente, promover a capacitação dos profissionais de saúde. Recorreu-se também à aplicação da estratégia multimodal das PBCI, pretendendo assim estimular este grupo profissional na procura e atualização da informação acerca da temática enunciada.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020, a Estratégia *Health 2020*, que serve como quadro de referência para as políticas europeias de saúde, “centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde” (p.6). De maneira a atingir estes objetivos identificaram-se prioridades estratégicas tais como investir na saúde ao longo do ciclo vital, capacitando os cidadãos, combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis, fortalecer os sistemas de saúde e a capacidade de resposta em saúde pública e desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores.

Julga-se que o projeto desenvolvido vai ao encontro dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, uma vez que ao desenvolver atividades no âmbito da prevenção e controlo de infeção, estamos a focarmo-nos na melhoria da saúde e bem-estar das populações e no combate das infeções transmissíveis. Atividades que promovam a capacitação dos profissionais de saúde, no âmbito das PBCI, enquadram-se também dentro das prioridades estratégicas do Plano

Nacional de Saúde. Refere-se ainda que o PPCIRA é considerado como um programa prioritário da DGS, tendo também uma posição basilar na prestação de cuidados.

Durante os estágios na USP de VRSA, a mestranda integrou-se noutras atividades pertencentes ao Plano de Ação desta unidade. Segundo o Decreto de Lei n. º28/2008,

> "A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (…) A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública" (p.1184).

Os estágios decorreram em simultâneo com o tempo de pandemia por Covid-19 e os serviços de saúde apresentavam-se sobrelotados e exacerbados de trabalho. O serviço de Drive-Thru de VRSA viveu dias de atividade imensa, realizando cerca de 180 testes diários, de segunda a segunda-feira. A mestranda integrou-se neste serviço, o que permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito das PBCI e também na realização de teste Covid-19. Colaborou também na realização de testes Covid-19 no domicílio, a utentes que não se podiam deslocar ao Drive-Thru em VRSA. Uma outra atividade desenvolvida relaciona-se com a vacinação da população contra a Covid-19. A participação no processo de vacinação da população foi ativa, estando envolvida no planeamento e vacinação de mais de 300 utentes de diversos Lares e nas Escolas.

Participou-se também na criação do um Centro de Vacinação Covid-19. Este processo foi bastante complexo uma vez que exigiu a articulação entre várias instituições e sofreu alterações até ao primeiro dia de abertura. É de referir que, sendo a COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública, impõe-se a necessidade de vacinar o maior número de pessoas o mais rapidamente possível, priorizando quem mais beneficia da vacinação (DGS, 2021). A situação epidemiológica em Portugal revelou recentemente um agravamento com um aumento da incidência de casos de infeção por SARS-CoV-2 em pessoas a partir dos 85 anos. Desta forma, é fundamental o conjugar de todas as ferramentas existentes para obter ganhos em saúde, prevenir a morte e os internamentos por COVID-19 (DGS, 2021).

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Ambos os estágios possibilitaram a realização e cooperação na vigilância epidemiológica de pessoas com infeção por SARS-CoV-2, numa determinada área do Sotavento Algarvio. A

colheita de dados, denominada neste caso concreto como rastreio de contactos, permitiu a vigilância epidemiológica dos utentes e respetivas famílias/convivente significativo. O rastreio de contatos é entendido pela DGS (2020Bb) como uma medida de Saúde Pública fundamental no controlo das doenças contagiosas, como é o caso da Infeção pelo SARS-CoV-2/ COVID-19. Este tem como objetivo identificar rapidamente potenciais casos secundários, a fim de poder intervir e interromper a cadeia de transmissão da doença. A vigilância epidemiológica foi feita através de contato telefónico com estes utentes/familiares/convivente significativo, aos quais se aplicou o inquérito epidemiológico. Este inquérito é considerado como parte da investigação epidemiológica e consiste na colheita sistemática de informação referente aos casos de Infeção pelo SARS-CoV-2/ COVID-19 (DGS, 2020b).

A utilização da plataforma da DGS '*Trace Covid'*, possibilitou a monitorização contínua dos casos de infeção por SARS-CoV-2 e dos respetivos contactos de alto risco, compreendendo assim a sua evolução prognóstica. Refere-se ainda que na tomada de decisão relativamente a estes utentes, os critérios utilizados para os colocar em isolamento e/ou para realização de testes covid-19, são critérios baseados em evidência científica, uma vez que foram seguidas as orientações e recomendações da DGS.

3- COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Segundo o Decreto de Lei n.º 63/2016

> **"**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"(p.3173).

A realização dos estágios e a elaboração do projeto de intervenção comunitária com base na Metodologia de Planeamento em Saúde implicou a utilização dos conhecimentos adquiridos anteriormente, mas também exigiu o seu aprofundamento através de estudo e pesquisas bibliográficas. O fato do local de estágio ser diferente do local de trabalho habitual da mestranda, fez com que esta contactasse com um ambiente de trabalho que não lhe era familiar. Este fato implicou um processo de adaptação e também a capacidade de aplicar os seus conhecimentos neste novo contexto.

O contato e articulação com vários elementos da equipa multidisciplinar, desde assistentes operacionais, médicos, enfermeiros a responsáveis do Órgão de Gestão e elementos exteriores à equipa multidisciplinar, estimulou a capacidade de comunicação e de interação da mestranda. A elaboração, apresentação e até mesmo a reformulação do protocolo e plano de formação, exigiu a capacidade de criar e reformular os diversos trabalhos desenvolvidos, implicando também a capacidade de assimilar as críticas construtivas dos diversos intervenientes.

Acompanhar a Enfermeira Orientadora neste estágio mostrou-se também como um teste de resiliência. Lidar com condições ambientais adversas na realização de testes covid-19, um número de enfermeiros disponíveis muito reduzido, o número diário crescente de utentes aos quais era necessário testar, a pressão constante de órgãos superiores para a abertura do ADR e do CVC, os quais eram da responsabilidade da enfermeira orientadora, revelaram que

é importante conseguir lidar com situação adversas, procurando progressivamente soluções para os problemas/adversidades que vão surgindo.

CONCLUSÃO

O Planeamento em Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, não sendo possível considerar que determinada etapa do planeamento se encontra definitivamente concluída, uma vez que na fase seguinte será sempre possível recuar, recolhendo novas informações que poderão levar à sua reestruturação.

O diagnóstico de situação elaborado, permitiu completar a primeira etapa do Planeamento em Saúde, onde foram identificadas as necessidades/problemas existentes na instituição onde decorreu o Estágio I e Final. Após a determinação das prioridades constatou-se que a falta de conhecimentos acerca dos componentes da etiqueta respiratória, o uso incorreto de EPI e a existência de contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente foram, dos problemas identificados, aquelas em que seria possível intervir.

O objetivo geral do projeto foi atingido uma vez que dois dos quatro objetivos específicos foram atingidos na sua totalidade e os restantes dois foram atingidos parcialmente. Foi possível promover a consolidação de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI e sensibilizar os profissionais de saúde para as componentes da etiqueta respiratória, não só através das formações, mas também através da elaboração e implementação do protocolo do ADR-C, plano de formação no âmbito das PBCI e do relatório com as propostas/objetivos de melhoria dos resultados das auditorias. Foi possível sensibilizar os Órgãos de Gestão da instituição acerca da importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI, através da apresentação do projeto com as respetivas necessidades identificadas, na reunião realizada com o conselho clínico. Por fim conseguiu-se identificar as necessidades das diversas unidades, relativamente aos contentores de recolha de resíduos e reportar as respetivas necessidades, através das auditorias realizadas e dos contatos via e-mail/telefone com os elementos das diversas unidades do ACeS Sotavento.

Promover a aplicação correta das PBCI, por parte dos profissionais de saúde da Instituição e consequentemente promover a capacitação dos profissionais de saúde da instituição revelou-se um objetivo desafiante, especialmente em tempo de pandemia. Considerou-se ser importante abordar esta temática de forma menos exaustiva, uma vez que a maioria dos profissionais já conhecia as PBCI, adotando uma forma mais prática e vocacionada para o dia a dia dos elementos da equipa multidisciplinar.

Desta forma, constatou-se que a temáticas das PBCI é uma área de interesse e necessidade no ACeS Sotavento. É necessário interiorizar esta temática como parte integrante da prestação de cuidados e da segurança dos utentes, sendo fundamental não só uma abordagem cíclica deste tema, com as respetivas atualizações, mas também a adoção de estratégias de maneira a evitar que esta deixe de ser valorizada. A importância de capacitar e envolver os diversos elementos da equipa multidisciplinar no âmbito das PBCI, revela-se vital, bem como o envolvimento de chefias e gestores, de forma que estes conheçam as reais necessidades de cada unidade. Este envolvimento mostra-se necessário para que se consigam resultados favoráveis no controlo de infeção. A existência de programas de formação/educação periódicos, com componente prática, é fundamental para aumentar e melhorar o conhecimento dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, nas unidades de saúde, sendo a estratégia multimodal necessária para que se verifiquem taxas de adesão mais elevadas, por parte destes mesmos profissionais. A situação pandémica veio reforçar a importância das precauções básicas, fazendo entender que a sua incorreta aplicação coloca em risco não só a saúde dos profissionais de saúde, mas também a da comunidade.

Aquando da elaboração deste projeto foram identificadas algumas barreiras/limitações, nomeadamente a situação pandémica em que vivemos. Inicialmente as auditorias clínicas iriam ser realizadas com base na observação da prática diárias dos profissionais de saúde, todavia esta prática não se constatou viável, uma vez que iri aumentar o número de pessoas em salas de tratamentos e de consultas, incumprindo assim as normas emanadas pela autoridade de saúde, nomeadamente a etiqueta respiratória. O período de seis semanas, do estágio I, para a elaboração do diagnóstico de situação foi também encarado como uma limitação, implicando o desenvolvimento da primeira fase da metodologia de Planeamento em Saúde, com respetivos pedidos de autorização, visita às unidades de saúde e colheita de dados, num curto espaço de tempo. Pensa-se também que o aumento de trabalho vivido pelos diversos elementos da equipa multidisciplinar fez com que estes se mostrassem menos recetivos ao projeto, nomeadamente na participação das sessões de educação para a saúde.

No que respeita aos aspetos positivos, a difusão do plano de formação pelos elos PPCIRA, revelou-se uma mais-valia, facilitando assim a divulgação das diversas temáticas no âmbito das PBCI. Os vídeos elaborados, ao simularem a prática diária da prestação de cuidados nos cuidados de saúde primários, revelaram-se ser muito positivos pois fez com que os profissionais se identificassem com determinadas cenas exibidas nos vídeos, estimulando assim a reflexão acerca da sua prática diária. A participação ativa nas comemorações do 5

de maio também foi positiva. A elaboração e difusão da fotografia com respetivo slogan, por todos os elementos do ACeS, e a colocação das faixas, permitiu que esta comunidade relembrasse a importância de comemorar este dia e determinados profissionais retribuíram a divulgação da fotografia com mensagens positivas.

A Unidade de Saúde Pública de VRSA mostrou-se bastante recetiva no que respeita à elaboração e implementação deste projeto, sendo este visto como uma mais-valia para a instituição. A sua elaboração possibilitou a partilha de conhecimentos com diversos elementos da equipa multidisciplinar e favoreceu o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública tal como é descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akeau Unahalekhaka. (2016). Epidemiology of Healthcare- Associated Infections. In International Federation of Infection Control (ed), *IFIC Basic Concepts of Infection Control (3 ed)*. (pp.1-9). Acedido a 11 de dezembro de 2020, em www.theific.org/wp-content/uploads/2016/04/3-Epidemiology_2016.pdf

Adminstração Regional de Saúde [ARS] Algarve (s.d.). Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido a 7 de maio de 2021, em www.arsalgarve.min-saude.pt/saude-publica/ppcira/

Adminstração Regional de Saúde [ARS] Algarve (2019a). Perfil Local de Saúde. ACeS Sotavento. Ministério da Saúde. Acedido a 10 de dezembro de 2020 http://www.arsalgarve.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2020/02/PeLS2018_A52_ACeS_Sotavento_ed_2019.pdf

Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve (2019b). Perfil Regional de Saúde. Região do Algarve. Ministério da Saúde. Acedido a 10 de dezembro de 2020, em PeRS_Algarve_2019.pdf (min-saude.pt)

Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve (2020). Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 9 de dezembro de 2020, em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-iii-sotavento/

Azevedo, M. (1997). A Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências. Acedido em 11 de junho de 2021 em A TEORIA COGNITIVA SOCIAL (ulisboa.pt)

Bandura, A., Azzi, R. & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, C. & Petrich, L. (s.d). Uma Introdução à Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. Centro Universitário UNIVEL, Acedido em junho de 2021, em https://www.academia.edu/45290037/Uma_Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_Teoria_Social_Cognitiva_de_Albert_Bandura

Centers for Disease Control and Prevention (2019). *National and State Healthcare - Association Infections Progress Report.* Acedido a 11 de dezembro de 2020, em

www.aepsp.cdc.gov/profile/national-progress/united-states

Choi, S. & S. Jeong (2020). Factors Influencing Compliance in Intravenous Practice for Infection Prevention among Nurses in Small and Medium Hospitals. *J Korean Acad Fundam Nurs,* 27(4), 344-355. Acedido a 13 de dezembro de 2020, em Factors Influencing Compliance in Intravenous Practice for Infection Preven...: EBSCOhost

Diário da República, 2.ª série — N.º 52 — 15 de março de 2016 Despacho n.º 3844-A/2016, acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://dre.pt/application/conteudo/73865550

Diário da República, 1ª. Série – N.º38-22 de fevereiro de 2008, acedido a 3 de março de 2021, em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf

Diário da República n.º 28/2008, série I de 2008-02-33 Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, Acedido a 13 de dezembro de 2020, em https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/105326876/201704301135/diploma?consolidacaoTag=Sa%C3%BAde&_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice&page=2%2Fen&did=34455075

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido a 31 de dezembro de 2020,em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx

Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI. Acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci.aspx

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Portugal: Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015. Lisboa: Ministério da Saúde, acedido a 24 de janeiro de 2020, em https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020. Lisboa. Acedido em abril de 2021, em http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). Manual orientador dos Planos Locais de Saúde. Lisboa. Acedio em janeiro de 2021, em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ministerio da Saúde, acedido a 9 de dezembro de 2020 em DGS_PCIRA_V8.pdf (sns.gov.pt)

Direção Geral de Saúde [DGS] (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos:Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020a). Norma nº 014/2020 de 14/07/2020. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos. Acedido a 13 de dezembro de 2020, em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/i026473.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020b). Norma nº 015/2020 de 24/07/2020. COVID-19: Rastreio de Contactos. Acedido a 20 de maio de 2021 em Rastreio de Contatos (dgs.pt)

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021). Norma nº003/2021 de 08/02/2021. Campanha de Vacinação contra a COVID-19, COVID-19 Vaccine AstraZeneca®. Acedido a 03/03/2021, em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/02/i027153.pdf

Dowding, D., McDonald, M. & Shang, J. (2020). Implications of a US study on infection prevention and control in community settings in the UK. British Journal of Community Nursing, (25) 12, 578-583 Acedido a 13 de dezembro de 2020, em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8fd7ed6c-4041-4df1-9692-a77e209fd57f%40sessionmgr4008

Fortin, M., Côte, J. & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.

GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar do Algarve (2016). Guia: Auditoria às Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Adaptado pelo GCL-PPCIRA do ACeS Sotavento.Faro: ARS Algarve.

GCL-PPCIRA ACeS Sotavento (2017). Relatório da Auditoria ao Cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Faro: ARS Algarve.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1992). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais. Escola Nacional de saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística [INE], (2020). Acedido em 9 de dezembro de 2020, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

LEI N.º 156/2015 de 16 de setembro, Segunda Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, publicada no Diário da República, I Série, n.º 181/ 2015 https://dre.pt/application/conteudo/70309896

Leverack, G. (2005). Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Oxford University Press and Community Development Journal*. 1-11. DOI: 10.1093/cdj/bsi047

Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação (3ªEd). Coimbra, Portugal: Almedina

Pinheiro, L. (2018). *Auditorias Clínicas Internas*. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Luis-Pinheiro_Auditorias-Clinicas-Internas.pdf

PORDATA (2019) Base de dados Portugal. Acedido a 9 de dezembro em https://www.pordata.pt/Portugal

Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (1ª Ed) Lisboa, Portugal:Lidel Edições Técnicas, Lda.

Ministério da Saúde (2013). Despacho n.º 2902/2013. Diário da República, 2.ª série – N.º 38 – 22 de fevereiro de 2013. Acedido em abril de 2021, em https://dre.pt/pesquisa/-/search/1937340/details/normal?q=Despacho+2902%2F2013

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2016).Decreto-Lei n.º 63/2016. de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série. n.º 176. Acedido a 3 de março de 2021, em https://dre.pt/application/conteudo/75319452

Nguyen, H.,Tran, H., Khuong, L., Nguyen, T., Ho, N., Dao, A. & Hoang, M. (2020). Healthcare Workers' Knowledge and attitudes Regarding the World Health Organization's " My 5 Moments fot Hand Hygiene" : Evidence form a Vietnamese Central General Hospital. *J Prev Med Public Health*, 53:236-244. Acedido em 21 de dezmebro de 2020,em https://doi.org/10.3961/jpmph.19.319

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2017). Healthcare-associated

infections: prevention and control in primary and community care. Acedido a 11/03/2021, em https://www.nice.org.uk/guidance/cg139

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). Carta de Ottawa para a promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Acedido a 31 de dezembro de 2020, em https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 7 de maio de 2021, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Regulamento n.º 338/2017 - Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 23 de junho de 2017. Acedido a 11 de janeiro de 2021, em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5163/rg-3382017-23-junho.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). 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. Diário da Républica, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Acedido a 3 de março de 2021, em https://dre.pt/application/conteudo/119236195

Pender, N. J. (2011). *The Health Promotion Model*. Acedido a 1 de maio de 2021 em Microsoft Word - HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011[1].doc (umich.edu)

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc

Ribeiro, J. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 16(1), 3-9. Acedido a 27 de janeiro de 2021, em http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n1/v16n1a02.pdf

Royal College of Nursing (2020). Essential Practice for Infection Prevention and Control.

Guidance for nursing staff. Londres: Royal College of Nursing, Acedido a 14 de dezembro de 2020, em www.rcn.org.uk

Serviço Nacional de Saúde (2020). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em dezembro de 2020, em ACES Algarve III - Algarve Sotavento (min-saude.pt)

Suetens, C., Latour K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross P., Moro, M., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly J., Deptula A., Zingg W., Plachouras D., Monnet, D. & the Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. Euro Surveill. 2018;23(46):pii=1800516. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco. (2021). Guia Orientador do Estágio Final. Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acedido em 1 de maio de 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002

World Health Organization [WHO] (s.d. a.). Health care associated infections – Fact Sheet. Acedido a 11 de dezembro de 2020, em https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf

World Health Organization [WHO] (s.d. b). WHO multimodal improvement strategy. Acedido a 12 de dezembro de 2020, em ipc-cc-mis.pdf (who.int)

World Health Organization [WHO] (2009). Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Acedido a 12 de dezembro, em Guia_de_Implementao_estratgia_multimodal_de_melhoria_da_HM.pdf (proqualis.net)

World Health Organization [WHO] (2015). Clean Care is Safer Care. Acedido a 11 de

dezembro de 2012, em www.who.int/gpsc/background/en/

World Health Organization [WHO] (2020). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance- 25 January. Acedido a 30 de dezembro de 2020, em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf

APÊNDICES

Apêndice I- **Pedido de autorização ao Coordenador de Saúde Pública Do ACeS Sotavento**

Exm. Sr. Coordenador
Unidade de Saúde Pública de VRSA
Dr. Carlos André

Vanda Luísa Palma da Cruz, enfermeira na UCSP Aleo, do Aces Sotavento, a frequentar o 4º Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Vera Mendes Carapinha e como orientadora a Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja. No âmbito do estágio, designado de estágio I, tenciono desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, com o intuito de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade. Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto na Unidade de Cuidados de Saúde Pública de Vila Real de Santo António. O projeto pretende identificar as principais necessidades/dificuldades dos Profissionais de Saúde do ACeS Sotavento relativamente à aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), no ano de 2020/2021. Para o desenvolvimento do projeto será utilizada a metodologia de planeamento em saúde. Para a colheita de dados que possibilitarão a recolha de informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente às necessidades/dificuldades dos Profissionais de Saúde do ACeS Sotavento relativamente à aplicação das PBCI, irá recorre-se à aplicação das grelhas de auditorias das PBCI.

É de referir que toda a informação recolhida é confidencial.

Obrigada pela sua atenção, e encontro-me desde já disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos

Vanda Luísa Palma da Cruz

15/12/2020

Contatos: E-mail: 19713@stu.ipbeja.pt Tel: 968059171

Apêndice II- **Pedido de autorização à Diretora Executiva do ACeS Sotavento**

Exma. Sr.ª Diretora Executiva do
Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento
Drª Luísa Partes

Vanda Luísa Palma da Cruz, enfermeira na UCSP Aleo, do Aces Sotavento, a frequentar o 4º Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisora clínica a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Vera Mendes Carapinha e como orientadora a Professora Doutora Ana Clara Nunes, professora no Instituto Politécnico de Beja. No âmbito do estágio, designado de estágio I, tenciono desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, com o intuito de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade. Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto na Unidade de Cuidados de Saúde Pública de Vila Real de Santo António. O projeto pretende identificar as principais necessidades/dificuldades dos Profissionais de Saúde do ACeS Sotavento relativamente à aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), no ano de 2020/2021. Para o desenvolvimento do projeto será utilizada a metodologia de planeamento em saúde. Para a colheita de dados que possibilitarão a recolha de informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente às necessidades/dificuldades dos Profissionais de Saúde do ACeS Sotavento relativamente à aplicação das PBCI, irá recorre-se à aplicação das grelhas de auditorias das PBCI.

É de referir que toda a informação recolhida é confidencial.

Obrigada pela sua atenção, e encontro-me desde já disponível para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos

Vanda Luísa Palma da Cruz

15/12/2020

Contatos: E-mail: 19713@stu.ipbeja.pt Tel: 968059171

Apêndice III- **Pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja**

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Título do estudo: Precauções Básicas de Controlo de Infeção em tempo de Pandemia: Inovar Para Poder Melhorar

Enquadramento: A elaboração deste trabalho surge no âmbito do Estágio I e Estágio final, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Púbica, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, do Instituto Politécnico de Beja.

Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções associada aos cuidados de saúde, sendo fundamental que os cuidados de saúde primários e diferenciados, em conjunto com os organismos competentes (DGS e ARS, IP) trabalhem na redução das taxas de infeção nosocomial. (Ministério da Saúde, 2013; DGS, 2017)

Assim, identificando a Estratégia Multimodal das Precauções Básicas como prioritária (WHO, 2015; WHO, s.d; Royal College of Nursing, 2020) no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, surge a necessidade de desenvolvimento de um projeto de intervenção no ACeS Sotavento de maneira a avaliar como é que esta estratégia multimodal está a ser aplicada.

Explicação do estudo: O projeto prevê a realização de auditorias presenciais nos diferentes locais constituintes do ACeS Sotavento (Tavira, Vila Real de Santo António, Castro Marim, Alcoutim e respetivas extensões), pela mestranda e por elementos da equipa multidisciplinar, pertencentes ao PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a antibióticos).

Na primeira visita utilizar-se-á a grelha de auditorias validada pela DGS, de maneira a conhecer como estão a ser aplicadas Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Posteriormente os dados serão introduzidos na plataforma das PBCI e serão comparados com os resultados obtidos em anos anteriores.

Elaborar-se-á um plano de formação vocacionado para a temática, tendo este a particularidade de estar focado na consciencialização os profissionais acerca da

importância desta temática. Pretende-se também realizar atividades práticas com determinados elementos das Unidades de Saúde e que sejam de fácil replicação, favorecendo assim o envolvimento de todos os elementos da equipa multidisciplinar do ACeS Sotavento.

Condições e financiamento: A deslocação da mestranda e equipa multidisciplinar aos diversos locais do ACeS Sotavento será garantida e disponibilizada pela ARS Algarve. O projeto está inserido na Unidade de Saúde Pública de VRSA, sendo que a sua elaboração, não implicará qualquer prejuízo pessoal ou profissional, pelo que é totalmente voluntária, e respeita a autonomia e confidencialidade e o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação no projeto.

Confidencialidade e anonimato: As respostas serão tratadas com confidencialidade e proteção de dados e informação entre os profissionais intervenientes, garantindo o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente projeto e para utilização por parte do ACeS Sotavento; prometendo o anonimato, sem fazer referência ao registo de dados de identificação. Os resultados serão apresentados e divulgados em conjunto com as entidades integradoras

Obrigada pela sua atenção

Vanda Luísa Palma da Cruz nº19713

Contato: 19713@stu.ipbeja.pt ou vcruz@arsalgarve.min-saude.pt

Telemóvel: 968059171

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

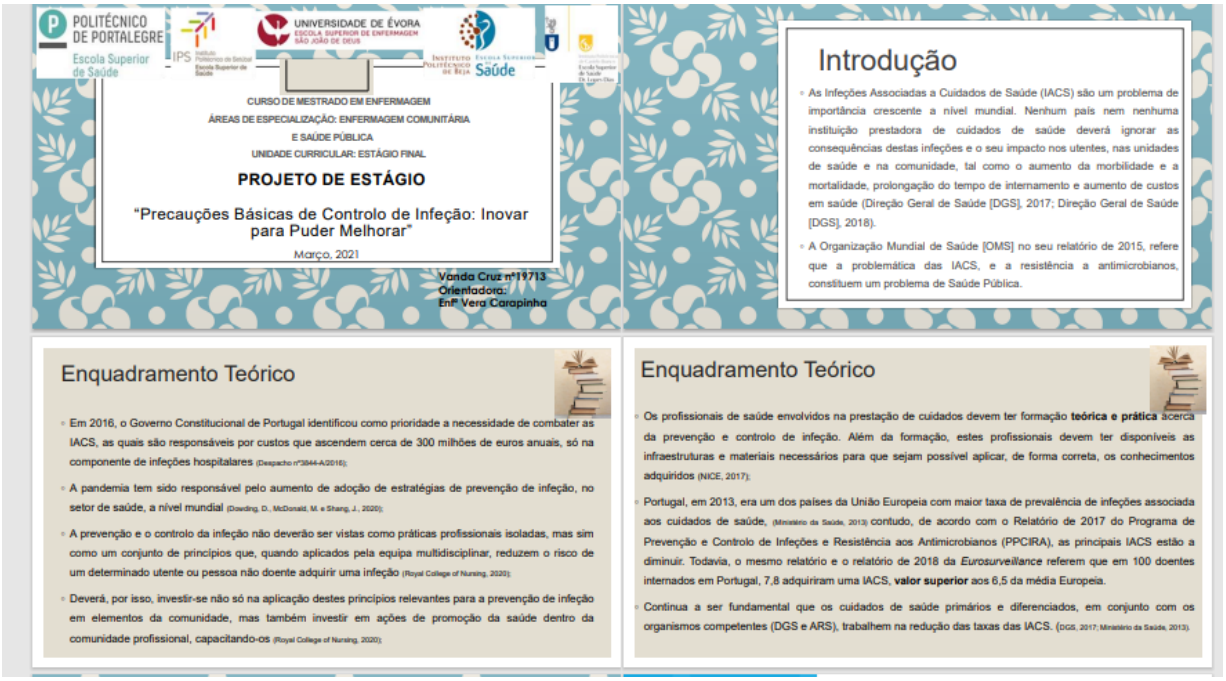
Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ministerio da Saúde, acedido a 9 de dezembro de 2020 em DGS_PCIRA_V8.pdf (sns.gov.pt)

Ministério da Saúde (2013). Despacho n.º 2902/2013. Diário da República, 2.ª série – N.º 38 – 22 de fevereiro de 2013.

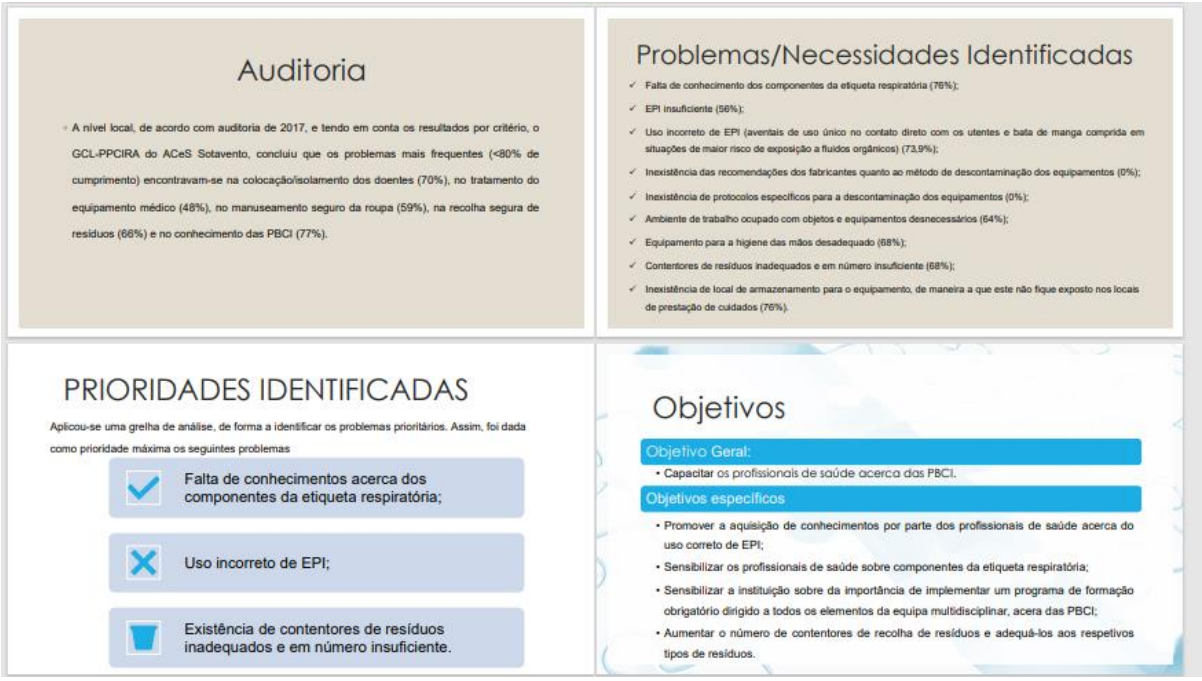
Royal College of Nursing (2020). Essential Practice for Infection Prevention and Control. Guidance for nursing staff. Londes: Royal College of Nursing, Acedido a 14 de dezembro de 2020, em www.rcn.org.uk

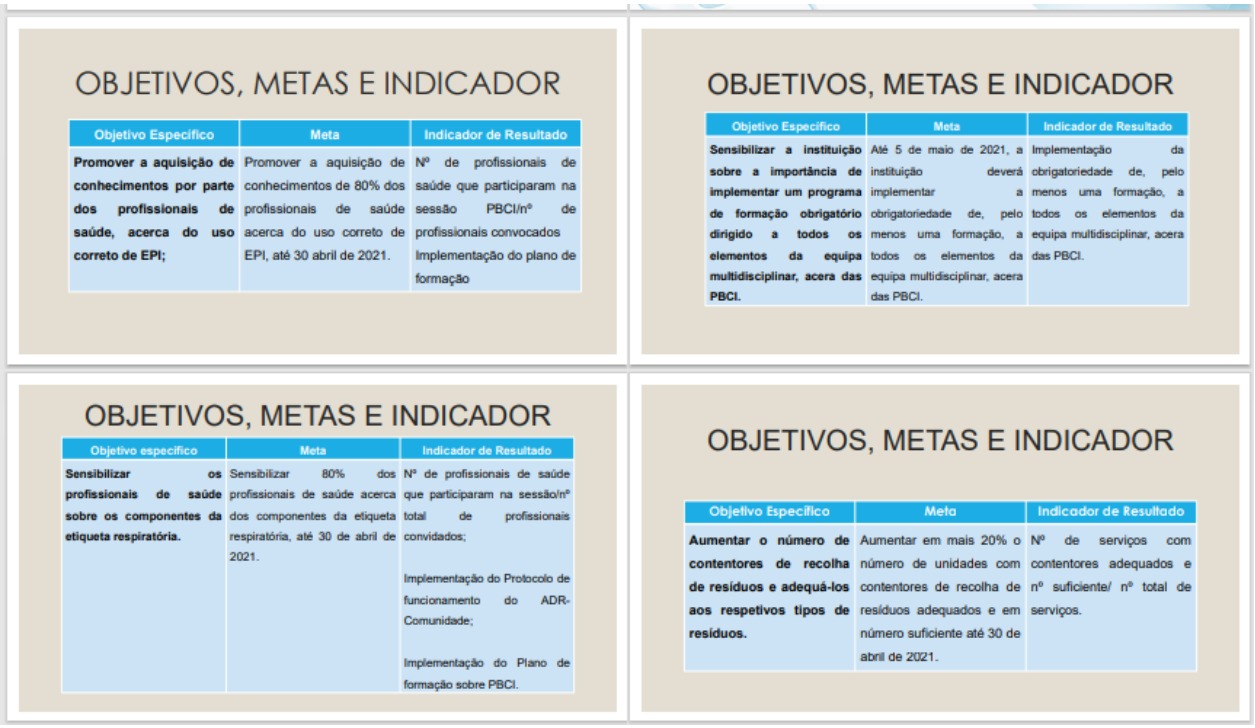
World Health Organization [WHO] (2015). Clean Care is Safer Care. Acedido a 11 de

Apêndice IV-**Apresentação do Projeto**


POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL
PROJETO DE ESTÁGIO
"Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Inovar para Puder Melhorar"
Março, 2021
Vanda Cruz nº19713
Orientadora:
Enfª Vera Carapinha
Introdução
As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de importância crescente a nível mundial. Nenhum país nem nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde deverá ignorar as consequências destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, tal como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongação do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017; Direção Geral de Saúde [DGS], 2018).
A Organização Mundial de Saúde [OMS] no seu relatório de 2015, refere que a problemática das IACS, e a resistência a antimicrobianos, constituem um problema de Saúde Pública.
Enquadramento Teórico
Em 2016, o Governo Constitucional de Portugal identificou como prioridade a necessidade de combater as IACS, as quais são responsáveis por custos que ascendem cerca de 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares (Despacho nº3846-A/2016);
A pandemia tem sido responsável pelo aumento de adoção de estratégias de prevenção de infeção, no setor de saúde, a nível mundial (Dowding, D., McDonald, M. e Shang, J., 2020);
A prevenção e o controlo da infeção não deverão ser vistas como práticas profissionais isoladas, mas sim como um conjunto de princípios que, quando aplicados pela equipa multidisciplinar, reduzem o risco de um determinado utente ou pessoa não doente adquirir uma infeção (Royal College of Nursing, 2020);
Deverá, por isso, investir-se não só na aplicação destes princípios relevantes para a prevenção de infeção em elementos da comunidade, mas também investir em ações de promoção da saúde dentro da comunidade profissional, capacitando-os (Royal College of Nursing, 2020);
Enquadramento Teórico
Os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados devem ter formação teórica e prática acerca da prevenção e controlo de infeção. Além da formação, estes profissionais devem ter disponíveis as infraestruturas e materiais necessários para que sejam possível aplicar, de forma correta, os conhecimentos adquiridos (NICE, 2017);
Portugal, em 2013, era um dos países da União Europeia com maior taxa de prevalência de infeções associada aos cuidados de saúde, (Ministério da Saúde, 2013) contudo, de acordo com o Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), as principais IACS estão a diminuir. Todavia, o mesmo relatório e o relatório de 2018 da Eurosurveillance referem que em 100 doentes internados em Portugal, 7,8 adquiriram uma IACS, valor superior aos 6,5 da média Europeia.
Continua a ser fundamental que os cuidados de saúde primários e diferenciados, em conjunto com os organismos competentes (DGS e ARS), trabalhem na redução das taxas das IACS. (DGS, 2017; Ministério da Saúde, 2013).

A WHO identifica a estratégia de implementação multimodal como parte integrante de programas eficazes da prevenção e controlo de infeção a utilizar pelas unidades de prestação de cuidados;
Existem cinco diretrizes que compõem esta estratégia e que devem ser implementadas de maneira a reduzir as IACS.
De uma forma prática, esta estratégia pressupõe o uso de abordagens múltiplas, de forma combinada, de maneira a influenciar/modificar o comportamento do público alvo, relativamente às melhorias necessárias para causar um impacto positivo na pessoa cuidada e contribuir para uma mudança na cultura institucional.
Enquadramento Teórico
Estratégia Multimodal
A implementação desta estratégia é de eficácia comprovada na redução do risco de infeção. Assim, os Órgãos de Gestão de cada unidade de saúde são responsáveis por facultar formação e treino aos profissionais acerca das PBCI.
In other words, the WHO multimodal improvement strategy addresses these five areas:
1. Build it
2. Teach it
3. Check it
4. Sell it
5. Live it
Estratégia Multimodal
No âmbito da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção, do PPCIRA, desde 2014 é recomendado que, em todas as unidades de saúde, seja realizada uma auditoria interna anual à qualidade dos processos e das estruturas das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (DGS, 2018).
AUDITORIAS PBCI POR PADRÃO
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Ano 2014
Ano 2017
Ano 2020
Colocação de doentes
Higienização das mãos
Etiqueta Respiratória
Utilização do EPI
Tratamento do equipamento médico
Controlo Ambiental
Manuseamento Seguro da Roupa
Recolha Segura de Resíduos
Práticas Seguras de Injetáveis
Exposição de risco no local de trabalho


Auditoria
A nível local, de acordo com auditoria de 2017, e tendo em conta os resultados por critério, o GCL-PPCIRA do ACeS Sotavento, concluiu que os problemas mais frequentes (<80% de cumprimento) encontravam-se na colocação/isolamento dos doentes (70%), no tratamento do equipamento médico (48%), no manuseamento seguro da roupa (59%), na recolha segura de resíduos (66%) e no conhecimento das PBCI (77%).
Problemas/Necessidades Identificadas
Falta de conhecimento dos componentes da etiqueta respiratória (76%);
EPI insuficiente (56%);
Uso incorreto de EPI (aventais de uso único no contato direto com os utentes e bata de manga comprida em situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos) (73,9%);
Inexistência das recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos (0%);
Inexistência de protocolos específicos para a descontaminação dos equipamentos (0%);
Ambiente de trabalho ocupado com objetos e equipamentos desnecessários (64%);
Equipamento para a higiene das mãos desadequado (68%);
Contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente (68%);
Inexistência de local de armazenamento para o equipamento, de maneira a que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados (76%).
PRIORIDADES IDENTIFICADAS
Aplicou-se uma grelha de análise, de forma a identificar os problemas prioritários. Assim, foi dada como prioridade máxima os seguintes problemas
Falta de conhecimentos acerca dos componentes da etiqueta respiratória;
Uso incorreto de EPI;
Existência de contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente.
Objetivos
Objetivo Geral:
Capacitar os profissionais de saúde acerca das PBCI.
Objetivos específicos
Promover a aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI;
Sensibilizar os profissionais de saúde sobre componentes da etiqueta respiratória;
Sensibilizar a instituição sobre da importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI;
Aumentar o número de contentores de recolha de resíduos e adequá-los aos respetivos tipos de resíduos.



OBJETIVOS, METAS E INDICADOR

Objetivo Específico	Meta	Indicador de Resultado
Promover a aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, acerca do uso correto de EPI;	Promover a aquisição de conhecimentos de 80% dos profissionais de saúde acerca do uso correto de EPI, até 30 abril de 2021.	Nº de profissionais de saúde que participaram na sessão PBCI/nº de profissionais convocados Implementação do plano de formação

OBJETIVOS, METAS E INDICADOR

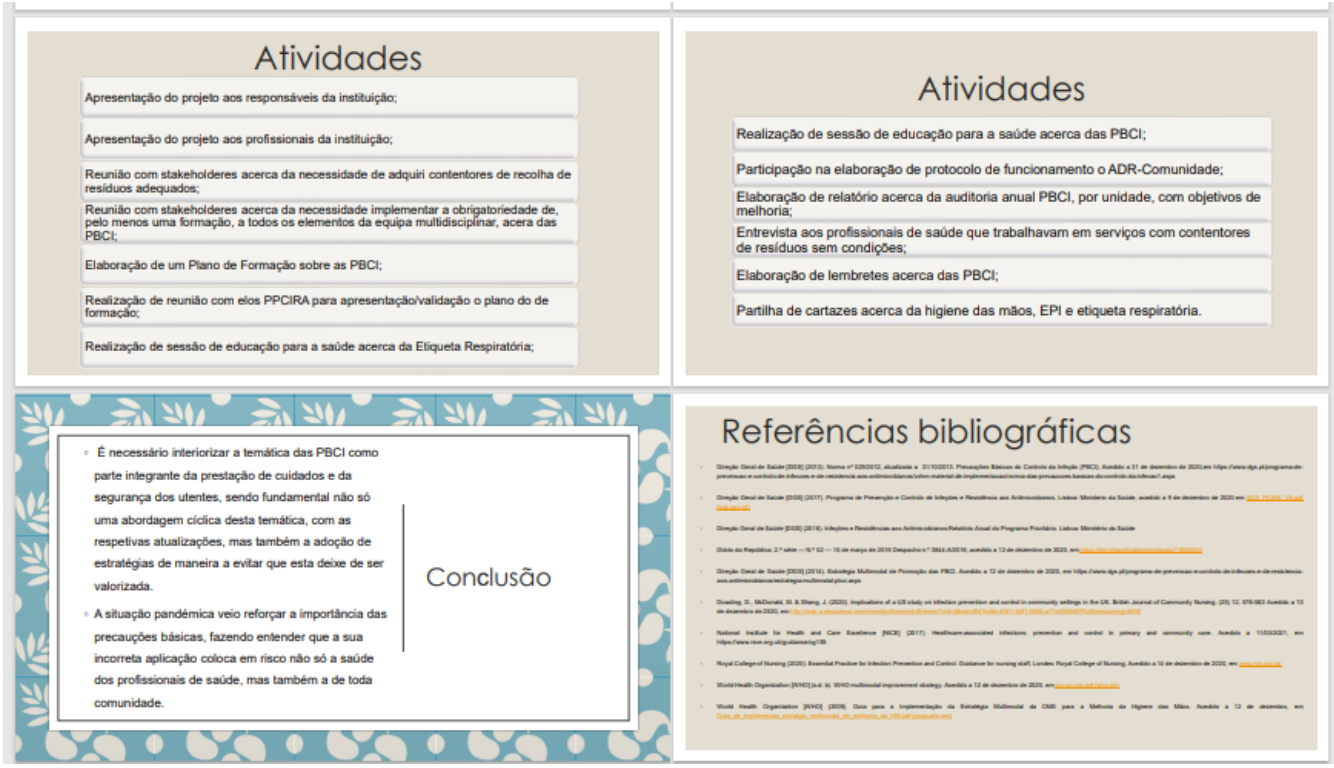
Objetivo Específico	Meta	Indicador de Resultado
Sensibilizar a instituição sobre a importância de implementar um programa de formação obrigatório dirigido a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI.	Até 5 de maio de 2021, a instituição deverá implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI.	Implementação da obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI.

OBJETIVOS, METAS E INDICADOR

Objetivo específico	Meta	Indicador de Resultado
Sensibilizar os profissionais de saúde sobre os componentes da etiqueta respiratória.	Sensibilizar 80% dos profissionais de saúde acerca dos componentes da etiqueta respiratória, até 30 de abril de 2021.	Nº de profissionais de saúde que participaram na sessão/nº total de profissionais convidados; Implementação do Protocolo de funcionamento do ADR-Comunidade; Implementação do Plano de formação sobre PBCI.

OBJETIVOS, METAS E INDICADOR

Objetivo Específico	Meta	Indicador de Resultado
Aumentar o número de contentores de recolha de resíduos e adequá-los aos respetivos tipos de resíduos.	Aumentar em mais 20% o número de unidades com contentores de recolha de resíduos adequados e em número suficiente até 30 de abril de 2021.	Nº de serviços com contentores adequados e nº suficiente/ nº total de serviços.


Atividades
Apresentação do projeto aos responsáveis da instituição;
Apresentação do projeto aos profissionais da instituição;
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade de adquiri contentores de recolha de resíduos adequados;
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI;
Elaboração de um Plano de Formação sobre as PBCI;
Realização de reunião com elos PPCIRA para apresentação/validação o plano do de formação;
Realização de sessão de educação para a saúde acerca da Etiqueta Respiratória;
Atividades
Realização de sessão de educação para a saúde acerca das PBCI;
Participação na elaboração de protocolo de funcionamento o ADR-Comunidade;
Elaboração de relatório acerca da auditoria anual PBCI, por unidade, com objetivos de melhoria;
Entrevista aos profissionais de saúde que trabalhavam em serviços com contentores de resíduos sem condições;
Elaboração de lembretes acerca das PBCI;
Partilha de cartazes acerca da higiene das mãos, EPI e etiqueta respiratória.
Conclusão
É necessário interiorizar a temática das PBCI como parte integrante da prestação de cuidados e da segurança dos utentes, sendo fundamental não só uma abordagem cíclica desta temática, com as respetivas atualizações, mas também a adoção de estratégias de maneira a evitar que esta deixe de ser valorizada.
A situação pandémica veio reforçar a importância das precauções básicas, fazendo entender que a sua incorreta aplicação coloca em risco não só a saúde dos profissionais de saúde, mas também a de toda comunidade.
Referências bibliográficas

Apêndice V-**Plano de Formação PBCI**

PLANO DE FORMAÇÃO PBCI

MARÇO
2021

ABREVIATURAS

N.º- Número
P.- Página
S.D.- Sem data
S.P.- Sem página

SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
AO - Assistentes Operacionais
ARS- Administração Regional de Saúde
CIME - Comissão Interministerial para o Emprego
DGS - Direção Geral da Saúde
EPI- Equipamento de Proteção Individual
IACS - Infeções Associadas a Cuidados de Saúde
MRSA- Staphylococus Aureus resistente à meticilina
NICE- National Institute for Health and Care Excellence
OMS- Organização Mundial de Saúde
PBCI - Precauções Básicas de Contro de Infeção
PFS - Plano de Formação em Serviço
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica
SFS - Sessão de Formação em Serviço
VRSA- Vila Real de Santo António
WHO- World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO **4**
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA **5**
1.1. – PÚBLICO - ALVO 6
1.2– CONTEXTO ..... **Erro! Marcador não definido.**
2. DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA **7**
2.1- OBJETIVOS DO PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO 7
2.2- JUSTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS 7
3. PLANEAMENTO DA ATIVIDADE **8**
3.1. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS 8
3.2. MEDODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM 9
3.3. CALENDARIZAÇÃO/DURAÇÃO DA ATIVIDADE 10
3.4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO 10
4. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO **11**
5. NOTA FINAL **12**
6. BIBLIOGRAFIA **13**
7. APÊNDICES **15**
Apêndice I – Pedido de Autorização de Plano de Formação em Serviço **16**
Apêndice II – Cronograma **18**
Apêndice III– Plano de Sessão de Formação em Serviço **20**
9. ANEXOS **26**
Anexo I- Questionário da Avaliação Formativa **29**

INTRODUÇÃO

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema exponencial, a nível mundial. As suas consequências não deverão ser ignoradas por nenhum país nem por nenhuma instituição prestadora de cuidados devido ao seu impacto negativo nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como por exemplo o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongação do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017; Direção Geral de Saúde [DGS], 2018). A Organização Mundial de Saúde [OMS] identifica a problemática das IACS, e a resistência a antimicrobianos como um problema de Saúde Pública. Assim, e no sentido de minimizar o impacto negativo das IACS, surgem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). "As Precauções Básicas de Controlo de Infeção traduzem regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada" (DGS, 2018, p.5). Concludentemente, o *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE] (2017) reconhece a segurança dos utentes como a foco central do cuidar, e a prevenção de infeções associadas à saúde continua a ser encarada como uma necessidade central.

Em 2016, o combate às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde é identificado pelo Governo Constitucional de Portugal como prioritário, uma vez que estas são responsáveis por custos que ultrapassam os 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares (Despacho nº3844-A/2016).

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O International Federation of Infection Control (2016) releva que, em qualquer momento, sete utentes em países desenvolvidos e 10 em países em vias de desenvolvimento, em cada 100 pessoas hospitalizadas, irão adquirir pelo menos uma IACS. O European Center for Disease Prevention and Control prevê que, na Europa, 4.131.000 pessoas serão afetadas anualmente por IACS, causando 16 milhões de dias extra de internamento e consequentemente 37.000 mortes. Nos Estados Unidos da América cerca de 75.000 pessoas com IACS morrem durante a sua hospitalização e mais de 50% destas infeções surgem fora das Unidades de Cuidados Intensivos.

Segundo o National and State Healthcare -Association Infections Progress Report de 2019, apesar de se verificarem algumas melhorias significativas em algumas IACS, foram ainda identificadas áreas que necessitam atenção redobrada. Entre 2018 e 2019, nos Estados Unidos da América verificaram-se reduções nas infeções da corrente sanguínea, local cirúrgico e associadas ao trato urinário, mas não se observaram mudanças significativas nas infeções por Staphylococus Aureus resistente à meticilina (MRSA). O mesmo relatório refere que, através dos dados obtidos, a prevenção é possível e que a articulação entre profissionais de saúde e parceiros de diversas áreas é fundamental para garantir a segurança das populações.

Apesar de o Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), referir que as principais IACS estão a diminuir o relatório de 2018 da Eurosurveillance refere que por cada 100 doentes internados em Portugal, 7,8 adquiriram uma IACS, valor superior aos 6,5 da média europeia. Portanto, continua a ser crucial que os cuidados de saúde primários e diferenciados, em conjunto com os organismos competentes (DGS e ARS), trabalhem na redução das taxas das IACS.

Em qualquer instituição de saúde é necessário que haja um levantamento periódico das necessidades de formação dos profissionais. Segundo a Comissão Interministerial para o Emprego (CIME), este levantamento das necessidades consiste na "Recolha e tratamento de informação relativa a carências a nível individual e/ou coletivo, referentes a comportamentos a

di

2. DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA

O Plano de Formação é, de acordo com a Comissão Interministerial para o Emprego (CIME, 2001), um "Documento que integra o conjunto estruturado das atividades que devem ser realizadas num dado período de tempo, com o fim de alcançar os objetivos propostos, tendo por base um diagnóstico de necessidades de formação"(s.p).

O aspeto motivacional deverá ser tido em conta uma vez que a motivação é entendida como uma força que estimula a pessoa a dirigir o seu comportamento, com o intuito de alcançar os seus objetivos (Santos, 2003). Esta motivação é decisiva no processo de aprendizagem e não poderá existir se o formando não estiver disposto a despender esforços nesse sentido (Santos, 2003).

2.1- OBJETIVOS DO PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Objetivo geral

- ✓ Sensibilizar os profissionais de saúde acerca das várias componentes das PBCI.

Objetivos específicos:

- ✓ Conscientizar os profissionais de saúde acerca importância da implementação contínua da estratégia multimodal das PBCI;
- ✓ Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a Estratégia Multimodal;
- ✓ Promover a aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca das PBCI;

2.2- JUSTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS

A WHO (s.d.) reconhece a estratégia de implementação multimodal como componente de programas eficazes da prevenção e controlo de infeção. A mesma fonte faz alusão a cinco diretrizes que compõem esta estratégia e que devem ser implementadas de maneira a reduzir as IACS. Esta estratégia implica o uso de abordagens múltiplas, de forma combinada, de maneira a influenciar/modificar o comportamento dos profissionais de saúde, no que respeita

1.1. – PÚBLICO - ALVO

Os profissionais de saúde do ACeS Sotavento são o público-alvo. A área de intervenção do ACeS Sotavento, representada na Figura 2, localiza-se no sotavento algarvio e abrange os Concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António (VRSA) e Tavira, sendo neste último onde se encontra a Sede (Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve, 2020).

Figura 1- Concelhos abrangidos pelo ACeS Sotavento
Fonte: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-ii-sotavento/

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do SNS (2020), o ACeS Sotavento é composto por diversos Órgãos, particularmente uma Diretora Executiva, um Conselho Executivos, um Conselho Clínico e de Saúde e um Conselho da Comunidade. A mesma fonte refere que esta Instituição, no ano contratual de 2020, no mês de setembro, era composto por 42 Médicos, 17 Internos, 63 Secretários Clínicos, 73 Enfermeiros e 43 Assistentes Operacionais.

É importante referir que, aquando da apresentação das diversas formações, o público-alvo deverá ser dividido. Isto é, enfermeiros e médico juntos numa formação e assistentes operacionais e técnico noutra. Isto acontece porque o tipo de linguagem deverá ser adaptado de acordo com as capacidades e competências do público-alvo. Relativamente ao contexto, o Plano de Formação em Serviço irá ser implementado e replicado pelos elos PPCIRA, nas diversas unidades de saúde do ACeS Sotavento.

às melhorias necessárias para causar um impacto positivo na pessoa cuidada e contribuir para uma mudança na cultura institucional.

Assim, as cinco diretrizes desta estratégia são:

- A **mudança de sistema**, que implica a existência de infraestruturas e equipamentos capazes que permitam a aplicação das PCBI, como por exemplo fornecimento contínuo e seguro de água ou fácil acesso às soluções de base alcoólica;
- **Formação/educação**, que implica a capacitação regular dos profissionais de saúde, acerca das PCBI;
- **Monitorização e Feedback**, que pressupõe a monitorização da aplicação das PBCI, e das respetivas infraestruturas que possibilitam a sua aplicação, dos conhecimentos e das perceções que os profissionais de saúde têm acerca da temática, havendo também partilha dos resultados obtidos;
- **Lembretes e Comunicações**, por forma a promover as ações desejadas, no momento certo;
- **Cultura de Segurança**, facilitadora de um clima organizacional que valorize a intervenção e com um foco em envolver chefias e gestores institucionais (WHO, s.d. b.; WHO, 2009).

A implementação desta estratégia é de eficácia comprovada na redução do risco de infeção. Assim, os Órgãos de Gestão de cada unidade de saúde são responsáveis por facultar formação e treino aos profissionais acerca das PBCI. É importante referir que cada profissional de saúde é "responsável por adquirir conhecimento básicos sobre as PBCI, a cadeia epidemiológica da infeção e avaliação do risco, selecionar os EPI apropriados em função do contacto previsto e o risco esperado e, fazer o ensino ao doente e familiares/visitantes" (DGS, 2014, s.p.).

3. PLANEAMENTO DAS FORMAÇÕES

O Plano da Sessão de Formação em Serviço será organizado em tabela, pois esta revela-se facilitadora no seu processo de leitura (Apêndice IV). Segundo o CIME (2001) a formação em contexto de trabalho é a "Formação desenvolvida no local de trabalho, em que a aprendizagem se processa mediante a execução de tarefas inerentes a uma determinada função" (s.p.).

3.1. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

As formações irão ser replicadas nas diferentes unidas de saúde pelos elos PPCIRA.

Prevê-se que a Sessões de Formação em Serviço (SFS) sejam presenciais em contexto de trabalho. Relativamente à exposição teórica e simulação prática será realizada na sala de reuniões do Centro de Saúde. Todavia, devido à situação pandémica em que vivemos, poderá haver necessidade de subdividir o público-alvo, ou mesmo avançar para formações à distância, via ZOOM por exemplo. É importante também certificar a disponibilidade dos recursos materiais e do espaço físico necessários à execução das sessões de formação.

Relativamente aos materiais que sustentarão a construção e apresentação das SFS, para cada sessão, além de se adaptar a formação ao público-alvo, é necessário prever a utilização de material, nomeadamente material de escritório; suporte de papel, computador com acesso a internet, projetor e material para a simulação prática das atividades. É importante que os profissionais, aquando da replicação do plano de formação, realizem atempadamente os pedidos necessários para a requisição da sala e material necessário.

3.2. METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM

As aprendizagens desenvolvidas em contexto de trabalho são de importância crucial para o indivíduo e para a organização, uma vez que não se limita à aquisição de um conjunto de saberes e saber-fazer necessários à prática, mas contribuem para o desenvolvimento e evolução dos indivíduos e estão fortemente articuladas com questões de identidade (Bártolo, 2007).

A formação em serviço é uma estratégia utilizada em contexto laboral que possibilita a atualização de conhecimentos de uma forma mais ativa e estimulante, abrangendo profissionais de equipas multidisciplinares. Sabe-se que a aprendizagem é entendida como um processo pessoal, contínuo, global, dinâmico e cumulativo. (Santos, 2008). Desta forma, é fundamenta o uso de metodologias focadas na aprendizagem direcionada para adultos, num contexto profissional, ao contrario do ensino pedagógico, mais vocacionado para crianças (Santos, 2008).

Os métodos de formação/pedagógicos figuram como vários meios pelos quais o conteúdo ou material é comunicado. Existe uma grande variedade de métodos de formação, que são usados pelos formadores durante a realização de ações de formação para facilitar a aprendizagem. a formação em contexto de trabalho considera-se que poderá haver um método de formação que é central, mas tal não dispensa a utilização de outros métodos e técnicas complementares (Batista, 2007).

O autor supracitado refere que o nível de participação requerido ao formando permite distinguir os métodos de formação a utilizar. Métodos como por exemplo o método expositivo, se mal utilizados convidam à passividade dos formandos. Outros métodos, tais como a

discussão em grupo ou o brainstorming, implicam a participação ativa dos formandos. A aprendizagem baseada na experiência é um termo utilizado para referir métodos de formação que implicam a participação ativa dos formandos, desde que na aprendizagem sejam utilizadas atividades, a realizar por exemplo, no contexto das suas próprias experiências de trabalho. Devido à diversificação de métodos de formação é possível manter os formandos, com diferentes estilos de aprendizagem, empenhados, ativos e melhorar a sua compreensão e capacidade de retenção

3.3. CALENDARIZAÇÃO/DURAÇÃO DA ATIVIDADE

O Plano de Sessão de Formação em Serviço é composto por sete Sessões de Formação em Serviço, ao longo do ano de 2021. Pretende-se que, anualmente a formação das PBCI seja reciclada. Pretende-se também que, cada profissional de saúde que inicie funções no ACeS Sotavento, dentro das categorias mencionadas, cumpra um calendário de formação completo, ou seja, que participe, pelo menos uma vez, nas 4 sessões planeadas nestes PFS (5 se forem AO). Espera-se que cada Sessão de Formação em Serviço seja composta por uma parte teórica e uma parte prática.

3.4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Este plano de formação requer dois tipos de avaliação, sendo estas a avaliação do Plano de Formação em Serviço e a avaliação da Sessão de Formação em Serviço.

Na avaliação do Plano de Formação em Serviço tensiona-se verificar se o indicador definido no Plano de Formação em Serviço, atingiu o *standard* idealizado de 85%, ou seja, pretende-se que pelo menos 85% dos profissionais de saúde convocados para as respetivas formações, participem.

A auditoria clínica das PBCI deverá aplicar-se após replicação das formações calendarizadas. Segundo Pinheiro (2018), a auditoria clínica consiste num processo de verificação objetiva das atividades e sua conformidade com as normas definidas pela organização. Permite identificar desvios passíveis de correção e tem como principal finalidade garantir cuidados seguros e de qualidade.

Respetivamente à Avaliação da Sessão de Formação, esta deverá incluir: o desempenho dos formadores; a adequação do tempo de formação; a satisfação dos formandos; a adequação da documentação de apoio e a adequação do material pedagógico. Como resultado da avaliação poderão surgir sugestões, que têm como objetivo a melhoria/atualização do plano de formação. (Anexo I).

4. PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O plano de formação encontra-se como apêndice. O plano de formação surge após aplicação da auditoria clínica das PBCI. Através desta foi possível identificar os problemas/necessidades existentes nas diversas unidades de saúde do ACeS Sotavento.

Antes da aplicação deste Plano de Formação em Serviço, far-se-ão os pedidos de autorizações necessário para a sua implementação.

5. NOTA FINAL

A formação faz parte integrante dos programas de capacitação dos profissionais de saúde. Esta formação é considerada como um dos métodos mais eficazes e que permite melhorar a produtividade dos indivíduos e de comunicar os objetivos organizacionais aos novos colaboradores (Fonseca, 2012).

Para que seja possível elaborar um Plano de Formação em Serviço é fundamental identificar os problemas/necessidades, que existam numa instituição e que, por sua vez, poderão vir a influenciar a qualidade da prestação de cuidados. É importante frisar que é necessário recorrer ao uso de linguagem adaptada ao público-alvo e proporcionar a partilha de experiências e troca de ideias, fará com que o grupo fique mais motivado para a resolução do problema detetado.

A avaliação regular do Plano de formação é importante, uma vez que permite que este se mantenha atualizado e direcionado para a população alvo.

6. BIBLIOGRAFIA

Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho em Ambiente Hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Batista, F. (2007). *Manual do Formando "Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto de Trabalho"*. Lisboa: DeltaConsultores e Perfil. Retrieved from elearning.iefp.pt/pulginfile.php/49590/mod_resource/content/0/A4/MN_FCT_Mod-A4.pdf

CIME. (2001). *Terminologia de Formação Profissional Alguns Conceitos de Base - III*. 39. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional. Acedido em https://sabiasque.pt/images/stories/dossiers/Terminologia_de_Formacao_Profissional_CIME_2001.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido a 31 de dezembro de 2020,em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ministério da Saúde, acedido a 9 de dezembro de 2020 em DGS_PCIRA_V8.pdf (sns.gov.pt)

Direção Geral de Saúde [DGS] (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos:Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: Ministério da Saúde

Diário da República, 2.ª série — N.º 52 — 15 de março de 2016 Despacho n.º 3844-A/2016, acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://dre.pt/application/conteudo/73865550

Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI. Acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci.aspx

Dowding, D., McDonald, M. & Shang, J. (2020). Implications of a US study on infection prevention and control in community settings in the UK. British Journal of Community Nursing, (25) 12, 578-583 Acedido a 13 de dezembro de 2020, em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8fd7ed8c-4041-4df1-9692-a77e209fd57f%40sessionmgr4008

Fonseca, J. (2012). *Formação em Empresas: opções, conceções e práticas* (Tese de Mestrado, Católica Porto). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9303/1/Dissertação final.pdf

Pinheiro, L. (2018). *Auditorias Clínicas Internas*. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Luis-Pinheiro_Auditorias-Clinicas-Internas.pdf

Santos, E. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos Enfermeiros* (Tese de Mestrado, Universidade do Algarve). Retrieved from https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMAÇÃO EM SERVIÇO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.pdf

World Health Organization [WHO] (s.d.). WHO multimodal improvement strategy. Acedido a 12 de dezembro de 2020, em ipc-cc-mis.pdf (who.int)

World Health Organization [WHO] (2009). Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos. Acedido a 12 de dezembro, em Guia_de_Implementao_estratgia_multimodal_de_melhoria_da_HM.pdf (proqualis.net)

7. APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Autorização de Plano de Formação em Serviço

Ex.ma Diretora Executiva do ACeS Sotavento Dr.ª Luísa Prates

Assunto: Pedido de Autorização de Plano de Formação em Serviço

Enquanto Enfermeira a frequentar o 4º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Mestrado em associação do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo-Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, venho por este meio solicitar a V.Ex.ª. que se digne a autorizar e a participar como meio facilitador na realização e implementação de um Plano de Formação em Serviço "PBCI", com o intuito de dar continuidade à implementação da estratégia multimodal das PBCI.

Com os melhores Cumprimentos,

VRSA, março de 2021

Vanda Cruz

Apêndice II – Cronograma

CRONOGRAMA												
Atividades Previstas	**DEZ 2020**	**JAN 2021**	**MAR 2021**	**ABRIL 2021**	**MAIO 2021**	**JUN 2021**	**JUL 2021**	**AGO 2021**	**Set 2021**	**Out 2021**	**Nov 2021**	**Dez 2021**
Aplicação do instrumento de auditoria clínica												
Observação e identificação de necessidades de formação em serviço												
Elaboração do Plano de Formação em Serviço												
Apresentação do plano de formação aos elos PPCIRA												
Formação "PBCI"												
Formação "Etiqueta Respiratória"												
Formação "Uso de EPI"												
Formação "Uso de Luvas" e "Higiene das Mãos"												
Formação "Descontaminação de Superfícies e derramamento de Fluidos" (Apenas AO)												
Análise comparativa e avaliação dos resultados do instrumento de auditoria clínica colhidos nos vários momentos												
Reorganização do Plano de Formação em Serviço para o próximo ano												

Apêndice III– Plano de Sessão de Formação em Serviço

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA da SESSÃO	Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)				
PÚBLICO-ALVO	Enfermeiros e Médicos / Assistentes técnicos e assistentes operacionais		**DURAÇÃO**		
LOCAL	Sala de Reuniões / Centro de Saúde	**DATA**		**HORA**	
FORMADOR (ES)					

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADE	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	Objetivos da Sessão	Expositivo	Apresentação dos Formadores e Formandos		
			Apresentação do tema	Microsoft Office - PowerPoint	
DESENVOLVIMENTO	Cadeia Epidemiológica Da Infeção Colocação de doentes Higiene das Mãos Etiqueta Respiratória Utilização de EPI Descontaminação do Equipamento Clínico Controlo Ambiental Manuseamento da Roupa Recolha Segura de Resíduos Prática segura na preparação e administração de Injetáveis Exposição a agentes microbianos no local de trabalho	Demonstrativo (vídeos de Prática Simulada e em contexto de trabalho)	Prática simulada	Microsoft Office - PowerPoint Vídeos	
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão	Participativo e interativo			
AVALIAÇÃO	Questionário de avaliação da sessão formativa				

TEMA da SESSÃO	"Uso e gestão de Luvas nas Unidades de Saúde" e "Higienização das Mãos"					
PÚBLICO-ALVO				**DURAÇÃO**		
LOCAL	Sala de Reuniões / Centro de Saúde	**DATA**		**HORA**		
FORMADOR (ES)						
FASES	**CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**	**MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS**	**ATIVIDADE**		**RECURSOS DIDÁTICOS**	**TEMPO (MIN)**
INTRODUÇÃO	Objetivos da Sessão	Expositivo	Apresentação dos Formadores e Formandos			
			Apresentação do tema		Microsoft Office - PowerPoint	
DESENVOLVIMENTO	Norma Nº 013/2014 "Uso e gestão de Luvas nas Unidades de Saúde" Norma N.º007/2019 Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde	Expositivo/Interativo com os formandos ao longo de toda a sessão	Apresentação das Normas		Entrega da Norma impressa em papel	
	Uso e gestão de Luvas Seleção/Colocação de luvas Uso/Substituição de luvas Remoção de luvas Práticas de Higiene das mãos 5 momentos de higienização das mãos	Demonstrativo (Prática Simulada e em contexto de trabalho) Vídeos	Prática simulada Visualização de vídeos		Microsoft Office - PowerPoint Vídeos	
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão	Participativo e interativo				
AVALIAÇÃO	Questionário de avaliação da sessão formativa					

TEMA da SESSÃO	"Etiqueta Respiratória"					
PÚBLICO-ALVO				**DURAÇÃO**		
LOCAL	Sala de Reuniões / Centro de Saúde	**DATA**		**HORA**		
FORMADOR (ES)						
FASES	**CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**	**MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS**	**ATIVIDADE**		**RECURSOS DIDÁTICOS**	**TEMPO (MIN)**
INTRODUÇÃO	Objetivos da Sessão	Expositivo	Apresentação dos Formadores e Formandos			
			Apresentação do tema		Microsoft Office - PowerPoint	
DESENVOLVIMENTO	Definição de etiqueta respiratória Medidas individuais Uso de máscara	Expositivo Vídeos	Troca de ideias e experiências Visualização de vídeos		Microsoft Office - PowerPoint Vídeos	
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão	Participativo e interativo				
AVALIAÇÃO	Questionário de avaliação da sessão formativa					

TEMA da SESSÃO	"Equipamento de Proteção Individual (EPI)"				
PÚBLICO-ALVO			**DURAÇÃO**		
LOCAL	Sala de Reuniões / Centro de Saúde	**DATA**		**HORA**	
FORMADOR (ES)					

FASES	**CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**	**MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS**	**ATIVIDADE**	**RECURSOS DIDÁTICOS**	**TEMPO (MIN)**
INTRODUÇÃO	Objetivos da Sessão	Expositivo	Apresentação dos Formadores e Formandos		
			Apresentação do tema	Microsoft Office - PowerPoint	
DESENVOLVIMENTO	Definição de EPI Uso de EPI Colocação de EPI Remoção de EPI	Expositivo Vídeos	Troca de ideias e experiências Visualização de vídeos	Microsoft Office - PowerPoint Vídeos	
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão	Participativo e interativo			
AVALIAÇÃO	Questionário de avaliação da sessão formativa				

TEMA da SESSÃO	"Higienização e Descontaminação de Superfícies e Derramamento de Fluídos"					
PÚBLICO-ALVO				**DURAÇÃO**		
LOCAL	Sala de Reuniões / Centro de Saúde	**DATA**		**HORA**		
FORMADOR (ES)						
FASES	**CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**	**MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS**	**ATIVIDADE**		**RECURSOS DIDÁTICOS**	**TEMPO (MIN)**
INTRODUÇÃO	Objetivos da Sessão	Expositivo	Apresentação dos Formadores e Formandos			
			Apresentação do tema		Microsoft Office - PowerPoint	
DESENVOLVIMENTO	Fases da Higienização Limpeza por classificação de áreas Limpeza por frequência Desinfeção Higiene das mãos Uso de EPI Derramamento de fluídos Recolha de resíduos Higienização das viaturas	Expositivo	Definição de conceitos Troca de ideias e experiências		Microsoft Office - PowerPoint	
CONCLUSÃO	Síntese/Conclusão da Sessão	Participativo e interativo				
AVALIAÇÃO	Questionário de avaliação da sessão formativa					

9. ANEXOS

Anexo I- Questionário da Avaliação Formativa

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO FORMATIVA

O questionário tem como objetivo avaliar a atividade formativa efetuada.

Nome da Formação: _____Data: ___/___/_____

Responda ao questionário, assinalando com um ☒, a quadrícula que melhor coincide à sua opinião.

QUESTIONÁRIO

1 – Em que medida a sessão formativa correspondeu às suas expectativas?

Totalmente	❑
Em parte	❑
Quase nada	❑
Nada	❑

2 – Em que medida a sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos e para a sua valorização pessoal/profissional?

Totalmente	❑
Em parte	❑
Quase nada	❑
Nada	❑

3 – Em que medida o tempo utilizado para apresentação do tema foi adequado?

Totalmente	❑
Em parte	❑
Quase nada	❑
Nada	❑

4– Em que medida os formadores utilizaram uma linguagem clara e objetiva?

Totalmente	.....	❑
Em parte	.....	❑
Quase nada	.....	❑
Nada	.....	❑

5 – Em que medida os meios auxiliares de ensino e a metodologia utilizados foram adequados?

Totalmente	.....	❑
Em parte	.....	❑
Quase nada	.....	❑
Nada	.....	❑

6– Os exemplos e casos práticos/atividades foram apropriados?

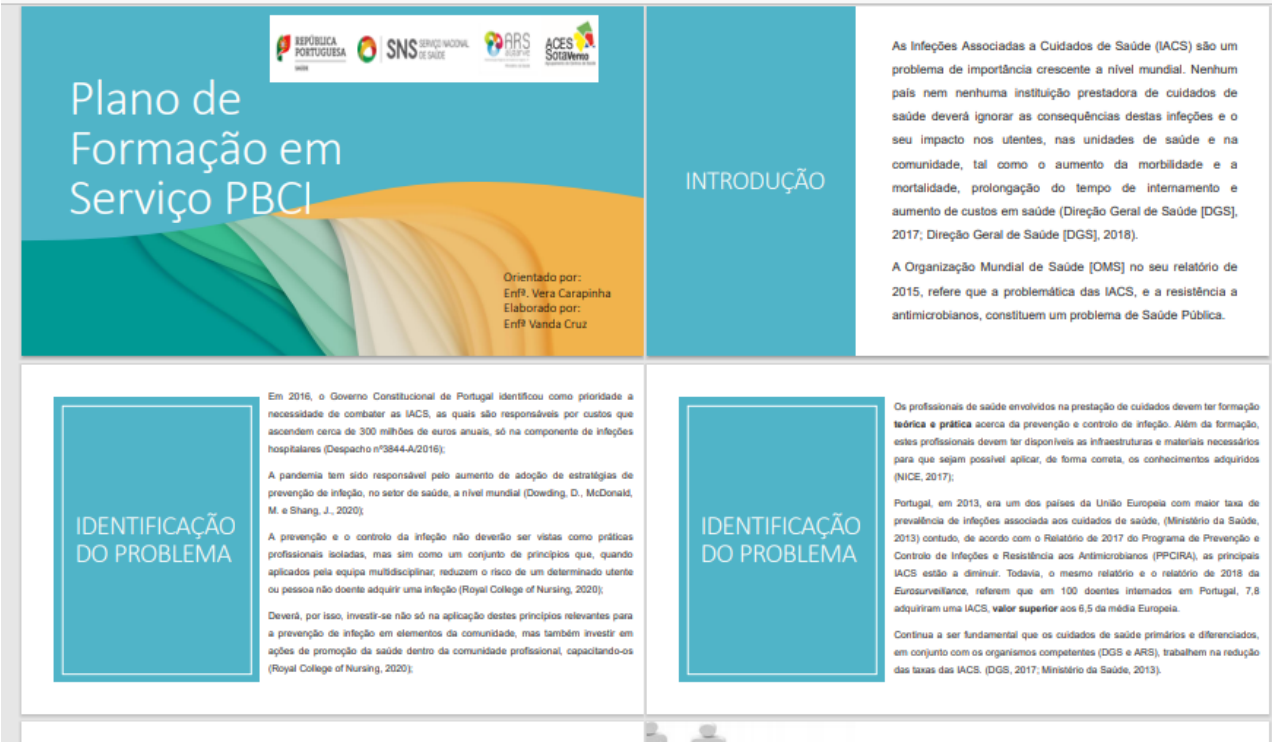
Totalmente	.....	❑
Em parte	.....	❑
Quase nada	.....	❑
Nada	.....	❑

7 – Comentários e sugestões que nos permita melhorar o tema apresentado:

_____
_____
_____
_____

Obrigada pela sua colaboração ☺

Apêndice VI- **Apresentação do Plano de Formação PBCI**


Plano de Formação em Serviço PBCI
Orientado por:
Enfª. Vera Carapinha
Elaborado por:
Enfª Vanda Cruz
INTRODUÇÃO
As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de importância crescente a nível mundial. Nenhum país nem nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde deverá ignorar as consequências destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, tal como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongação do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017; Direção Geral de Saúde [DGS], 2018).
A Organização Mundial de Saúde [OMS] no seu relatório de 2015, refere que a problemática das IACS, e a resistência a antimicrobianos, constituem um problema de Saúde Pública.
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA
Em 2016, o Governo Constitucional de Portugal identificou como prioridade a necessidade de combater as IACS, as quais são responsáveis por custos que ascendem cerca de 300 milhões de euros anuais, só na componente de infeções hospitalares (Despacho nº3844-A/2016);
A pandemia tem sido responsável pelo aumento de adoção de estratégias de prevenção de infeção, no setor de saúde, a nível mundial (Dowding, D., McDonald, M. e Shang, J., 2020);
A prevenção e o controlo da infeção não deverão ser vistas como práticas profissionais isoladas, mas sim como um conjunto de princípios que, quando aplicados pela equipa multidisciplinar, reduzem o risco de um determinado utente ou pessoa não doente adquirir uma infeção (Royal College of Nursing, 2020);
Deverá, por isso, investir-se não só na aplicação destes princípios relevantes para a prevenção de infeção em elementos da comunidade, mas também investir em ações de promoção da saúde dentro da comunidade profissional, capacitando-os (Royal College of Nursing, 2020);
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA
Os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados devem ter formação **teórica e prática** acerca da prevenção e controlo de infeção. Além da formação, estes profissionais devem ter disponíveis as infraestruturas e materiais necessários para que sejam possível aplicar, de forma correta, os conhecimentos adquiridos (NICE, 2017);
Portugal, em 2013, era um dos países da União Europeia com maior taxa de prevalência de infeções associada aos cuidados de saúde, (Ministério da Saúde, 2013) contudo, de acordo com o Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), as principais IACS estão a diminuir. Todavia, o mesmo relatório e o relatório de 2018 da *Eurosurveillance*, referem que em 100 doentes internados em Portugal, 7,8 adquiriram uma IACS, **valor superior** aos 6,5 da média Europeia.
Continua a ser fundamental que os cuidados de saúde primários e diferenciados, em conjunto com os organismos competentes (DGS e ARS), trabalhem na redução das taxas das IACS. (DGS, 2017; Ministério da Saúde, 2013).

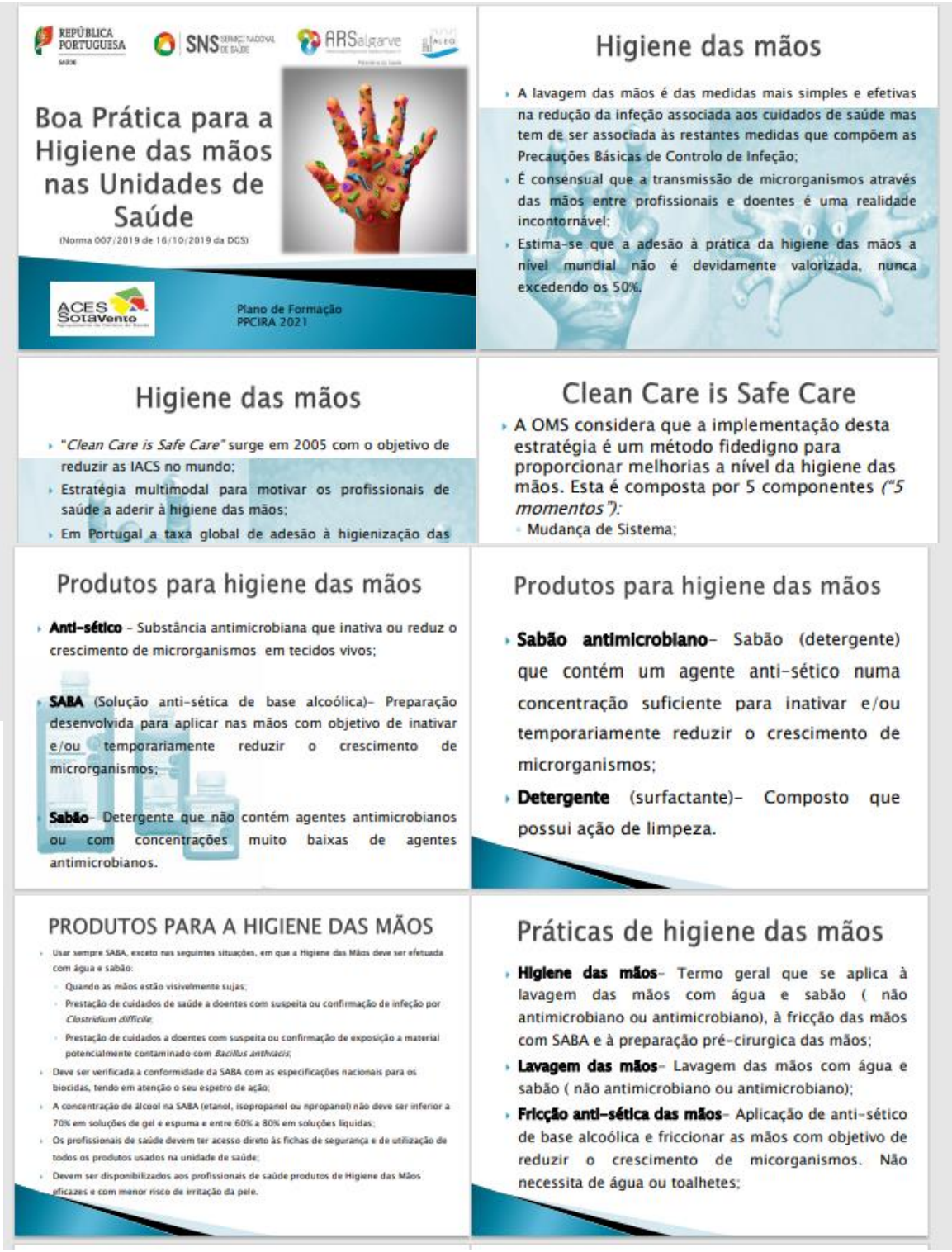
PÚBLICO-ALVO
Os profissionais de saúde do ACeS Sotavento são o público-alvo. A área de intervenção do ACeS Sotavento, representada na Figura 2, localiza-se no sotavento algarvio e abrange os Concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Santo António (VRSA) e Tavira, sendo neste último onde se encontra a Sede (Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve, 2020).
Alcoutim
Castro Marim
V.R.St António
Tavira
PÚBLICO-ALVO
✓ É importante referir que, aquando da apresentação das diversas formações, o público-alvo deverá ser divido. Isto é, enfermeiros e médicos juntos numa formação e assistentes operacionais e técnicos noutra. Isto acontece porque o tipo de linguagem deverá ser adaptado de acordo com as capacidades e competências do público-alvo.
✓ Relativamente ao contexto, o Plano de Formação em Serviço irá ser implementado e replicado pelos elos PPCIRA, nas diversas unidades de saúde do ACeS Sotavento.
Problemas/Necessidades identificadas
Conhecimento dos componentes da etiqueta respiratória (76%);
EPI em número suficiente (56%);
Uso correto de EPI (73,9%);
Existência das recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos (0%);
Existência de protocolos específicos para a descontaminação dos equipamentos (0%);
Ambiente de trabalho livre de objetos e equipamentos desnecessários (64%);
Equipamento para a higiene das mãos adequado (68%);
Contentores de resíduos adequados e em número suficiente (68%);
Existência de local de armazenamento para o equipamento, de maneira a que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados (76%).
PRIORIDADES IDENTIFICADAS
Aplicou-se uma grelha de análise, de forma a identificar os problemas prioritários. Assim, foi dada como prioridade máxima os seguintes problemas
FALTA DE CONHECIMENTOS ACERCA DOS COMPONENTES DA ETIQUETA RESPIRATÓRIA;
USO INCORRETO DE EPI;
EXISTÊNCIA DE CONTENTORES DE RESÍDUOS INADEQUADOS E EM NÚMERO INSUFICIENTE.

Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve (2019). Perfil Regional de Saúde. Região do Algarve. Ministério da Saúde. Acedido a 10 de dezembro de 2020, em PeRS_Algarve_2019.pdf (min-saude.pt)
- Diário da República, 2.ª série — N.º 52 — 15 de março de 2016 Despacho n.º 3844-A/2016, acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://dre.pt/application/conteudo/73865550
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). Estratégia Multimodal da Promoção das PBCI. Acedido a 12 de dezembro de 2020, em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci.aspx
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ministério da Saúde, acedido a 9 de dezembro de 2020 em DGS_PCIRA_VII.pdf (arsa.gov.pt)
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos.Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: Ministério da Saúde
- Dowding, D., McDonald, M. & Shang, J. (2020). Implications of a US study on infection prevention and control in community settings in the UK. British Journal of Community Nursing, (25) 12, 578-583 Acedido a 13 de dezembro de 2020, em http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8fd7ed8c-4041-4df1-9682-a77a2086d57f%40sessionmgr4008
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2017). Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care. Acedido a 11/03/2021, em https://www.nice.org.uk/guidance/cg139
- Royal College of Nursing (2020). Essential Practice for Infection Prevention and Control. Guidance for nursing staff. Londes: Royal College of Nursing, Acedido a 14 de dezembro de 2020, em www.rcn.org.uk

Apêndice VII- **Formações do Plano de Formação**

Formação "Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde"



Práticas de higiene das mãos

- **Anti-sépsia das mãos**- Ação de redução ou inibição do crescimento dos microrganismos através da fricção com SABA ou através da lavagem das mãos com sabão antimicrobiano;
- **Preparação cirúrgica das mãos**- tem como objetivo eliminar a flora transitória e reduzir a flora residente.

Transmissão de agentes patogénicos através das mãos

- Há indicação para a higiene das mãos sempre que existe risco das mãos dos profissionais de saúde transmitirem microrganismos durante a prestação de cuidados;
- A transmissão de agentes patogénicos de um doente para outro (transmissão cruzada) através das mãos dos profissionais requer uma cadeia lógica de 5 eventos.

Transmissão de agentes patogénicos através das mãos

Quando proceder à higiene das mãos?

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos

Outras indicações para a Higiene das mãos

- Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos;
- Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;
- Antes da colocação de luvas;
- Imediatamente após remoção de luvas;
- Preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Após utilização das instalações sanitárias.

Higiene das mãos

- Preferencialmente por fricção com solução antissética de base alcoólica (SABA) no local de prestação de cuidados quando as mãos estão visivelmente limpas;
- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;
- Não usar de forma simultânea ou sequencial, uma solução antissética aquosa ou sabão antimicrobiano, seguido de SABA;

Higiene das mãos

- Com água e sabão com ou sem antissético, quer seja usada SABA devemos:
  - Retirar joias e adornos das mãos e antebraço;
  - Unhas limpas, curtas e sem verniz. Não usar unhas de gel na prestação de cuidados;
  - Aplicar corretamente o produto a usar;
  - Friccionar as mãos respeitando a técnica;
  - Atenção especial aos espaços interdigitais, dedo polegar e punho;
  - Secar/deixar secar bem as mãos.

Higiene das mãos

- Evitar contaminar as mãos após a lavagem. Se a torneira for manual não tocar com as mãos na torneira após lavagem das mãos, fechando a mesma com um toalhete;
- Usar cremes protetores da pele;
- Se surgirem sinais de dermatites consultar o médico;
- Na presença de sinais ou suspeita de doenças cutâneas de provável causa profissional , consultar o serviço de segurança e saúde do trabalho, cuja confirmação positiva é de declaração obrigatória para o Departamento de Proteção Contra os Riscos Profissionais do Instituto de Segurança Social, IP.

Higiene das mãos e uso de luvas

- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienizar as mãos
- Usar luvas sempre que se prevê o contato com sangue ou outros fluido orgânicos;
- Remover luvas após cuidar de um doente.
- Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo.
- Usar unhas curtas e naturais.

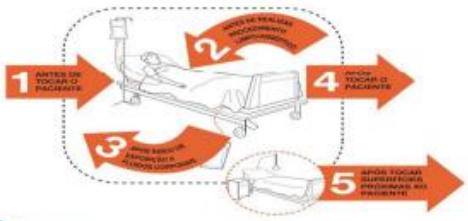
Higiene das mãos

- A importância das estruturas para a higiene das mãos deve estar na lista das prioridades durante o planeamento e design das unidades;
- A Higiene das mãos é a medida isolada com mais impacto na prevenção e controlo de infeção.

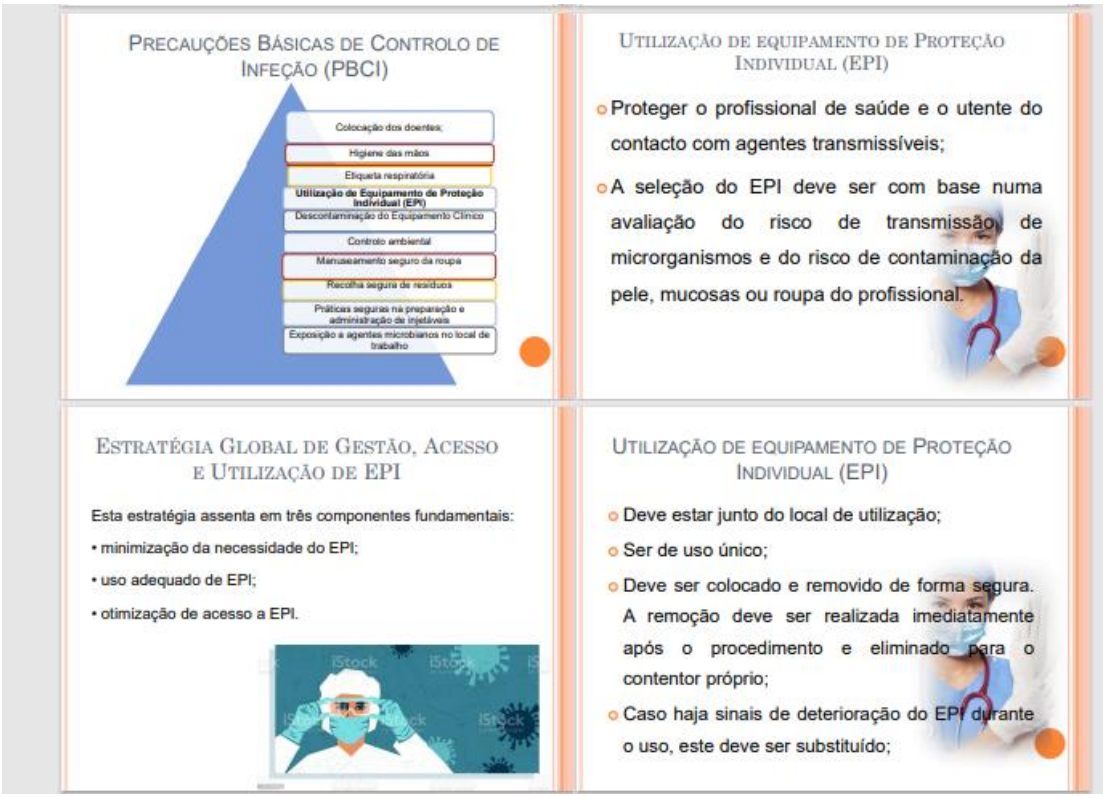
- A lavagem das mãos é das medidas mais complexas e efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde; FALSO
- SABA (Solução anti-sética de base alcoólica)-Detergente que não contém agentes antimicrobianos ou com concentrações muito baixas de agentes antimicrobianos; FALSO
- Há indicação para a higiene das mãos sempre que existe risco das mãos dos profissionais de saúde transmitirem microrganismos durante a prestação de cuidados. VERDADEIRO

Quando devemos proceder à higiene das mãos?

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos

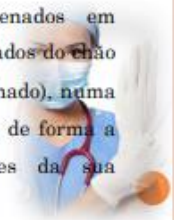


Formação "Utilização de Equipamento Individual de Proteção"



Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- Antes e depois da colocação dos EPI'S devemos proceder à higienização das mãos;
- Os *stocks* devem ser armazenados em estantes adequadas (30 cm afastados do chão e de preferência, em armário fechado), numa área de armazenamento própria, de forma a não serem contaminados antes da sua utilização.



Luvas

- Usadas quando há risco de exposição a sangue e/ou outras fluidos orgânicos;
- Removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após procedimentos;
- Adequadas ao utilizador;
- As luvas não substituem uma higienização correta das mãos;

Aventais e batas

- A sua escolha depende da extensão do contacto e do maior ou menor risco de contaminação com fluidos orgânicos.
- Devem ser retirados imediatamente após o procedimento e substituídos entre doentes;

Aventais e bata de manga comprida

Procedimentos que envolvam contacto direto com o doente;
Servem para protejer a roupa quando há possibilidade de contaminação.

Devem substituir os aventais quando há risco acrescido de salpicos de sangue/fluidos orgânicos;

Equipamento de proteção facial, boca e olhos

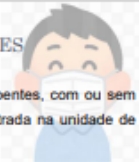
- Deve ser usada quando há risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos e sempre em procedimentos geradores de aerossóis (ex: Entubação traqual)
- Os óculos de proteção devem proteger toda a zona ocular e os óculos corretivos não conferem proteção adequada.

Equipamento de proteção facial, boca e olhos

No âmbito da infeção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), a transmissão de pessoa a pessoa foi confirmada e pensa-se que ocorra durante uma exposição próxima a uma pessoa com COVID-19, através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas, quando tosse, espirra ou fala, as quais podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas.

De acordo com a Lei n.º 62-A/2020 de 27 de outubro, no artigo 1º o uso de máscara passa a ser obrigatória para o acesso, circulação ou permanência nos espaços e vias públicas.

Máscaras nos utentes



- Deve ser fornecida máscara cirúrgica a todos os doentes, com ou sem sintomas respiratórios ou febre, no momento da entrada na unidade de saúde.
- A máscara deve ser imediatamente colocada pelo doente, se a sua situação clínica o permitir, tendo previamente realizado a higiene das mãos. Se for uma criança, deve ser oferecida uma máscara cirúrgica à mãe, pai ou outro acompanhante, que, logo de seguida, deve ajudar a criança a colocar a máscara;
- A remoção/eliminação adequada da máscara e as medidas combinadas (higiene adequada das mãos, etiqueta respiratória e limpeza e desinfeção das áreas de toque manual frequente) aumentam a eficácia das medidas individuais.

Máscara cirúrgicas nos profissionais de saúde

- A máscara deve ser colocada aquando da entrada na instituição, poderá ser mantida durante 4 a 6 horas e nessa altura substituída ou substituir sempre que estiver húmida;
- Deve ser bem ajustada à face e adequada ao objectivo do procedimento;
- Devem ser removidas quando já não são necessárias e não colocadas em volta do pescoço. A remoção deve ser efectuada pelas fitas ou elásticos.
- As máscaras com viseira devem ser usadas quando há um risco acrescido de contaminação por salpicos ou aerossolização de sangue ou outros fluidos.

Máscaras

- A avaliação do risco pode indicar a necessidade de utilizar outros tipos de proteção, como por exemplo um respirador de partículas. Esta avaliação deve ser realizada de acordo com as Precauções Complementares, baseadas nas vias de transmissão.
- Para observação ou contacto com doentes que não sejam considerados como caso suspeito ou confirmado de COVID-19, deve ser usada máscara cirúrgica e restantes precauções adicionais consoante a indicação para cada doente, se for previsível contacto com fluidos orgânicos, deve também ser usado avental e luvas;

Máscaras

- **Máscara cirúrgica**: deve ser usada na prestação de cuidados a doentes, fora da área de coorte COVID-19, desde que não sejam efetuados procedimentos geradores de aerossóis;
- **Respirador FFP1**: Alternativa à máscara cirúrgica na prestação de cuidados diretos com doente a distância ≤ 1 metro, fora de coorte ou quarto de isolamento COVID19, desde que não sejam efetuados procedimentos geradores de aerossóis;
- **Respirador FFP2 ou N95**: deve ser usado sempre que se efetuem procedimentos geradores de aerossóis. Recomendado, também, no interior de quarto ou coorte de isolamento COVID-19, para prestar cuidados diretos;
- **Respirador FFP3:** pode ser usado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado

Calçado

Deve ser antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé;

Não está indicado a utilização de protectores de sapatos, uma vez que podem contaminar desnecessariamente as mãos;

Cobertura de cabelo

- Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;
- Deve ser utilizado nas áreas protegidas e em determinados procedimentos asséticos, como por exemplo na esterilização ou bloco operatório;
- Devem ser utilizados em procedimentos em que há risco acrescido de salpicos de fluidos;
- A sua remoção deve ser feita entre doentes/procedimentos e sempre que contaminada.

Profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Usar EPI de contacto e de gotículas, e respeitando as indicações da Norma 004/2020 da DGS em vigor:

- Bata – com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho;
- Máscara
- Proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior);
- Luvas - descartáveis não esterilizadas;
- Cobre-botas (se não estiver a usar calçado dedicável e não higienizável);
- Touca;
- Acrescem as medidas adicionais de isolamento de via aérea de acordo com a necessidade, abaixo definida;

Profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Para decisão do EPI a utilizar, é fundamental ponderar a área assistencial onde o ato ocorrer– quarto individual ou coorte para doentes de COVID-19 (coortes diferentes para casos suspeitos e para casos já confirmados) - e o risco de aerossolização associado a procedimentos específicos;

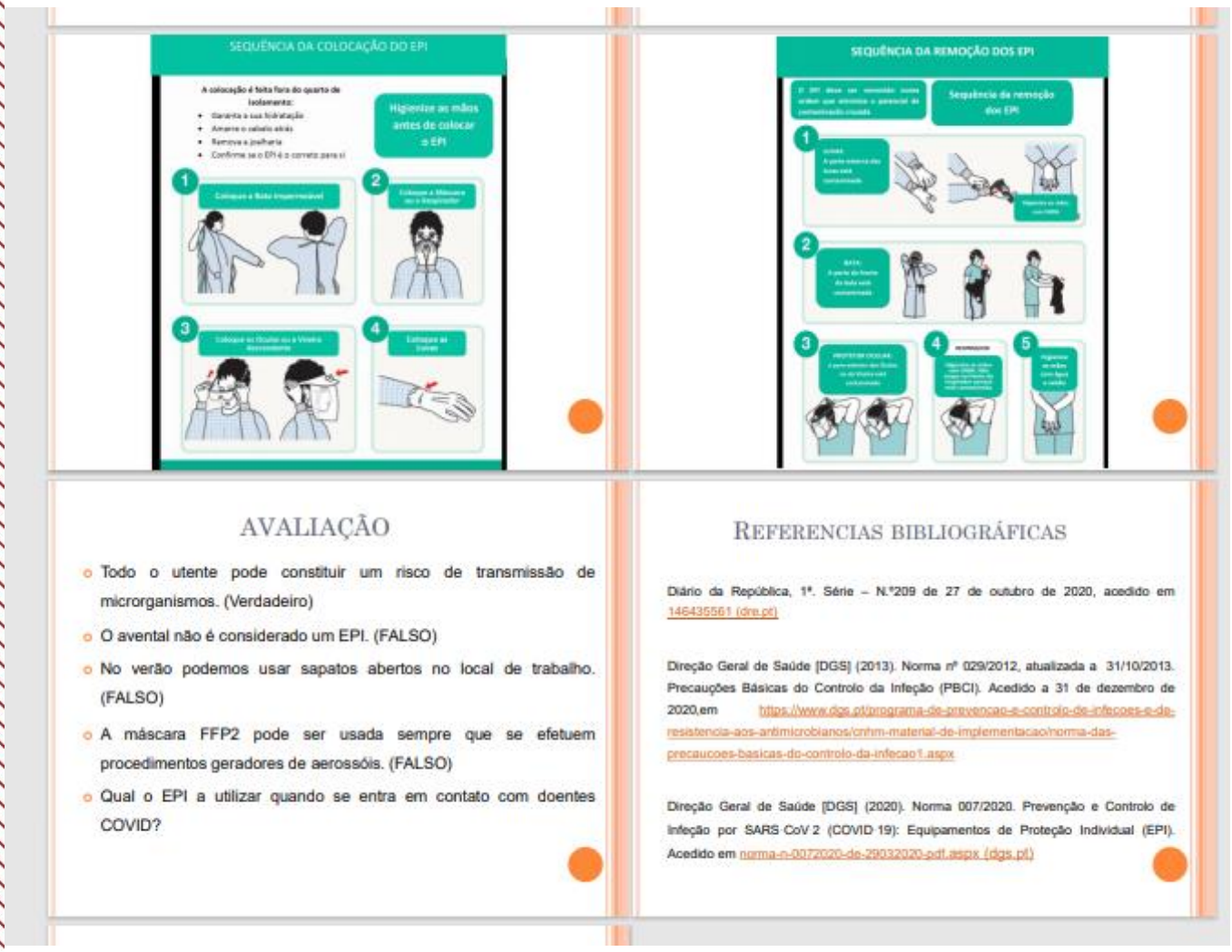
Profissionais de saúde envolvidos no atendimento direto de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Se NÃO VAI SER REALIZADO um procedimento gerador de aerossóis:

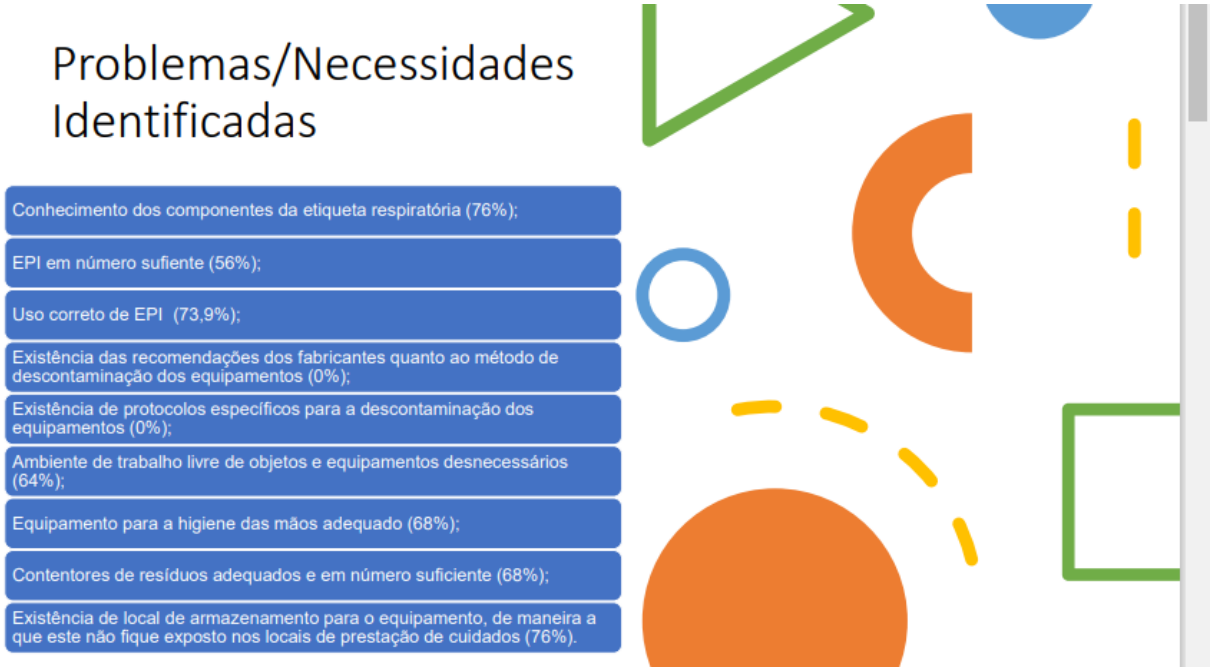
• A mais de 1 metro do doente: usar máscara cirúrgica (devendo o doente usar também máscara cirúrgica);

• Se distância ≤ 1 metro do doente: tanto pode usar máscara cirúrgica como FFP1, ou máscara com viseira, dependendo da avaliação de risco prévia, sendo que o doente deve também usar máscara cirúrgica. Se o doente não tolerar máscara cirúrgica, o profissional deve utilizar FFP2 ou N95;

• Em quarto individual ou coorte de isolamento de doentes COVID-19, utilizar FFP2/N95.


SEQUÊNCIA DA COLOCAÇÃO DO EPI
Higienize as mãos antes de colocar o EPI
SEQUÊNCIA DA REMOÇÃO DOS EPI
Sequência da remoção dos EPI
AVALIAÇÃO
Todo o utente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos. (Verdadeiro)
O avental não é considerado um EPI. (FALSO)
No verão podemos usar sapatos abertos no local de trabalho. (FALSO)
A máscara FFP2 pode ser usada sempre que se efetuem procedimentos geradores de aerossóis. (FALSO)
Qual o EPI a utilizar quando se entra em contato com doentes COVID?
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Diário da República, 1ª. Série – N.º209 de 27 de outubro de 2020, acedido em 146435561 (dre.pt)
Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido a 31 de dezembro de 2020,em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx
Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). Norma 007/2020. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS CoV 2 (COVID 19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Acedido em norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx (dgs.pt)

Formação/Reunião "Etiqueta Respiratória"



PRIORIDADES IDENTIFICADAS

Aplicou-se uma grelha de análise, de forma a identificar os problemas prioritários. Assim, foi dada como prioridade máxima os seguintes problemas

- Falta de conhecimentos acerca dos componentes da etiqueta respiratória;
- Uso incorreto de EPI;
- Existência de contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente.

Etiqueta Respiratória

- A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas individuais destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infeciosos por via aérea ou através de gotículas.
- Os responsáveis máximos das unidades de saúde devem garantir a disponibilidade de máscaras cirúrgicas e FFP2, em local acessível e do conhecimento de todos os profissionais.

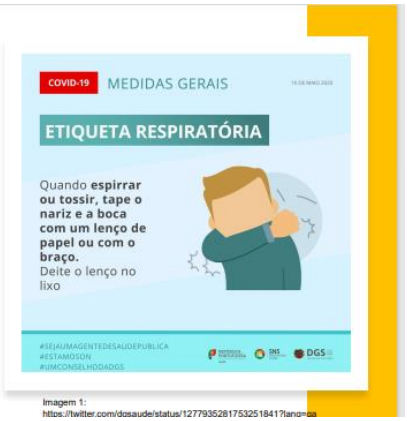
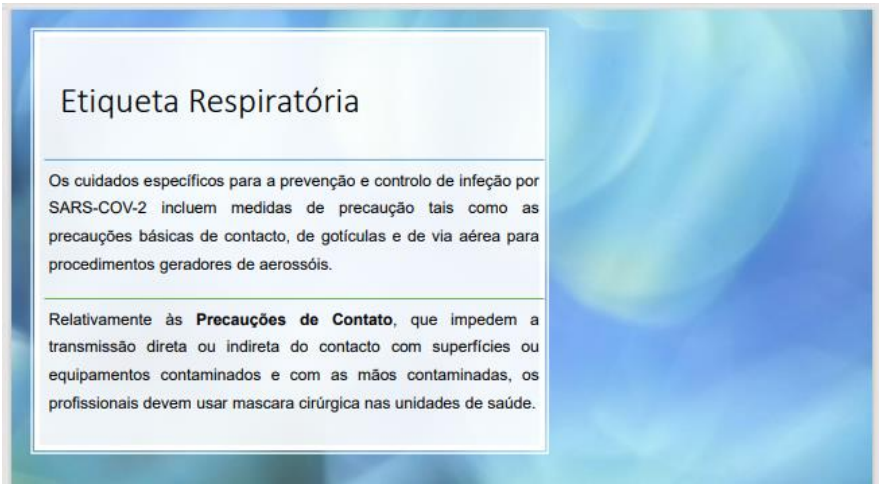
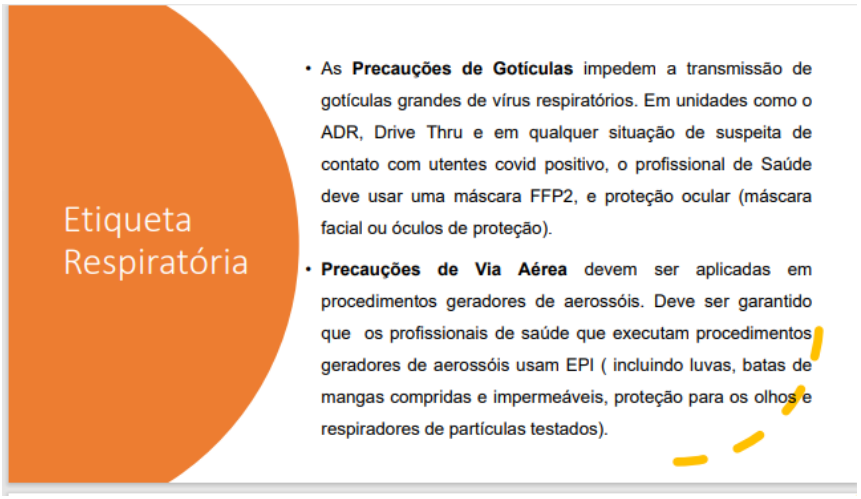


Imagem 1: https://twitter.com/dosaude/status/1277935281753251841?lang=pt

Etiqueta Respiratória

- O utente/profissional de saúde deve manter uma distância mínima superior a 2 metro dos outros utentes/profissional de saúde;
- Os profissionais de saúde promovem a aplicação de medidas de etiqueta respiratória junto de todos os utentes e colegas da equipa.
- Disponibilizar lenços de papel/ toalhetes, recipientes para os conter, SABA ou acesso a lavatório.


Etiqueta Respiratória
Os cuidados específicos para a prevenção e controlo de infeção por SARS-COV-2 incluem medidas de precaução tais como as precauções básicas de contacto, de gotículas e de via aérea para procedimentos geradores de aerossóis.
Relativamente às **Precauções de Contato**, que impedem a transmissão direta ou indireta do contacto com superfícies ou equipamentos contaminados e com as mãos contaminadas, os profissionais devem usar mascara cirúrgica nas unidades de saúde.


Etiqueta Respiratória
• As **Precauções de Gotículas** impedem a transmissão de gotículas grandes de vírus respiratórios. Em unidades como o ADR, Drive Thru e em qualquer situação de suspeita de contato com utentes covid positivo, o profissional de Saúde deve usar uma máscara FFP2, e proteção ocular (máscara facial ou óculos de proteção).
• **Precauções de Via Aérea** devem ser aplicadas em procedimentos geradores de aerossóis. Deve ser garantido que os profissionais de saúde que executam procedimentos geradores de aerossóis usam EPI (incluindo luvas, batas de mangas compridas e impermeáveis, proteção para os olhos e respiradores de partículas testados).

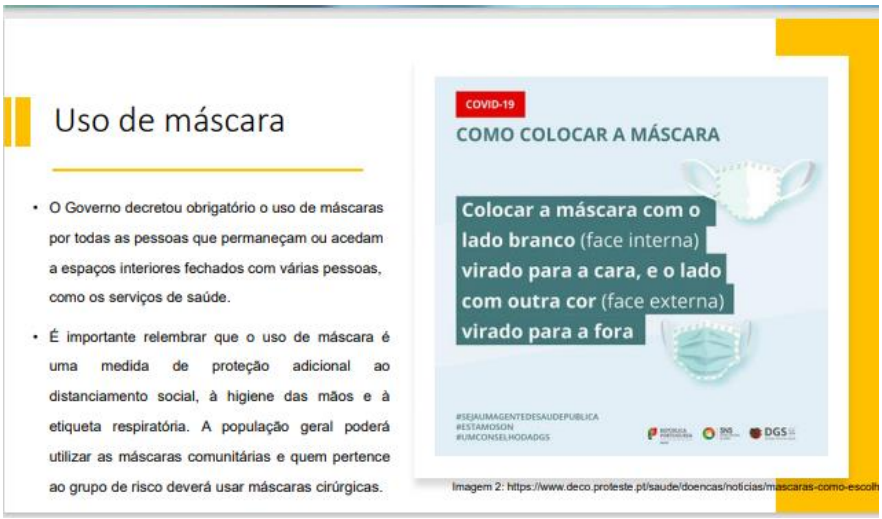


Imagem 2: https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/mascaras-como-escolh

Imagem 3: https://rr.sapo.pt/2020/04/14/pais/afinal-devo-usar-mascara-para-sair-de-casa-dgs-explica/noticia/189156/

Imagem 3:https://www.dn.pt/vida-e-futuro/quando-usar-mascara-ou-tirar-aneis-dgs-lanca-manual-com-medidas-para-todos-12194619.html

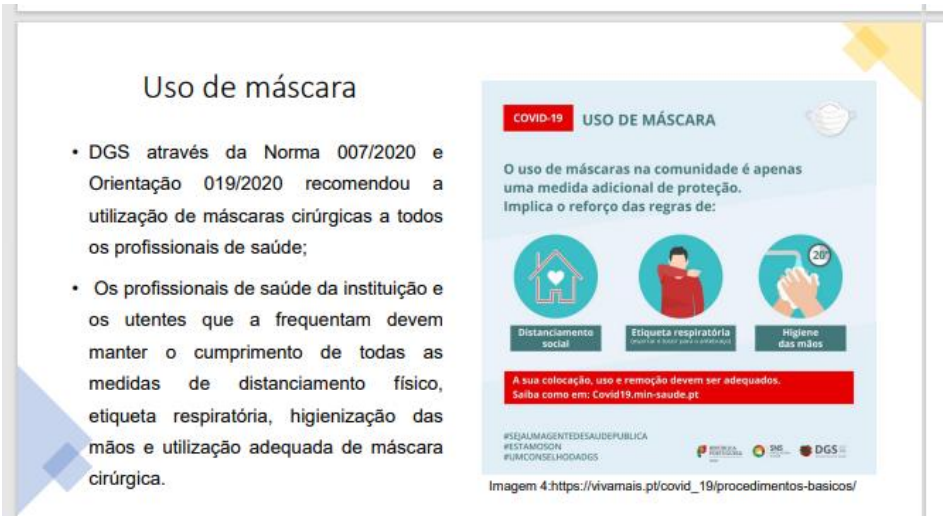
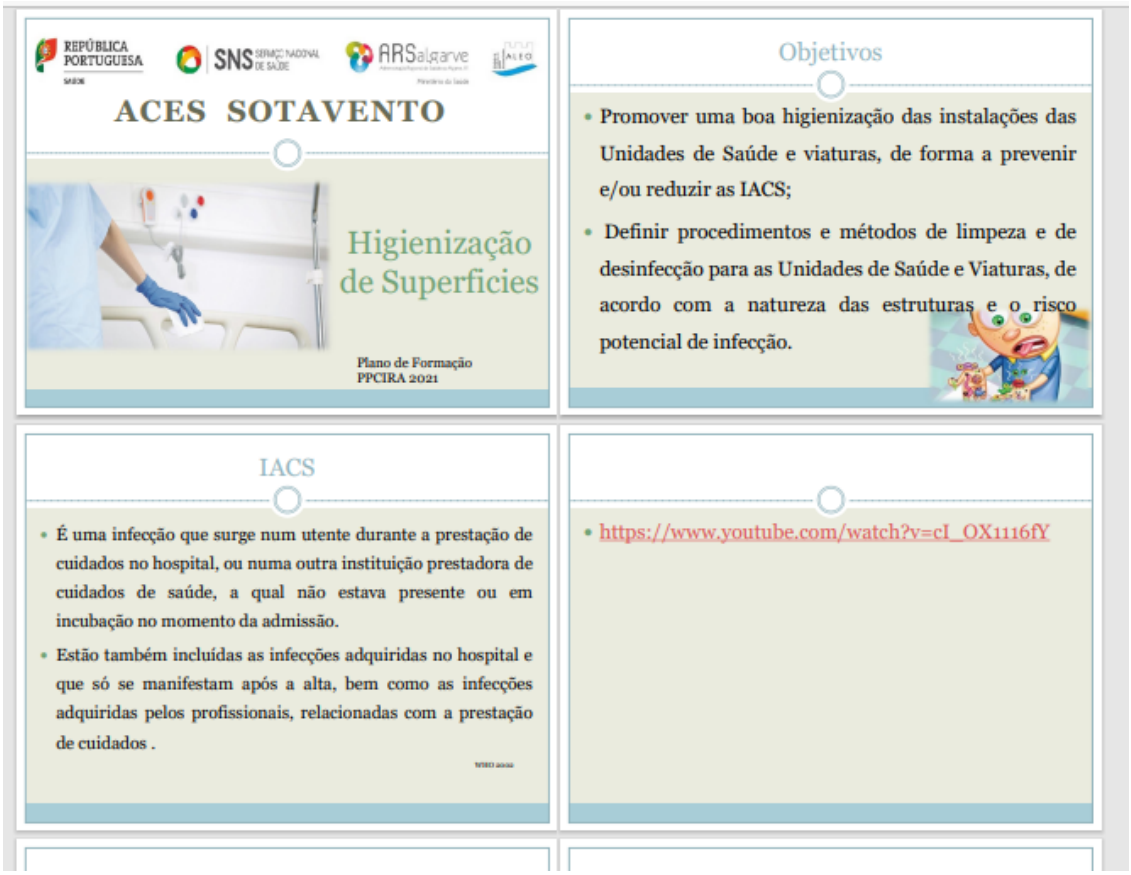


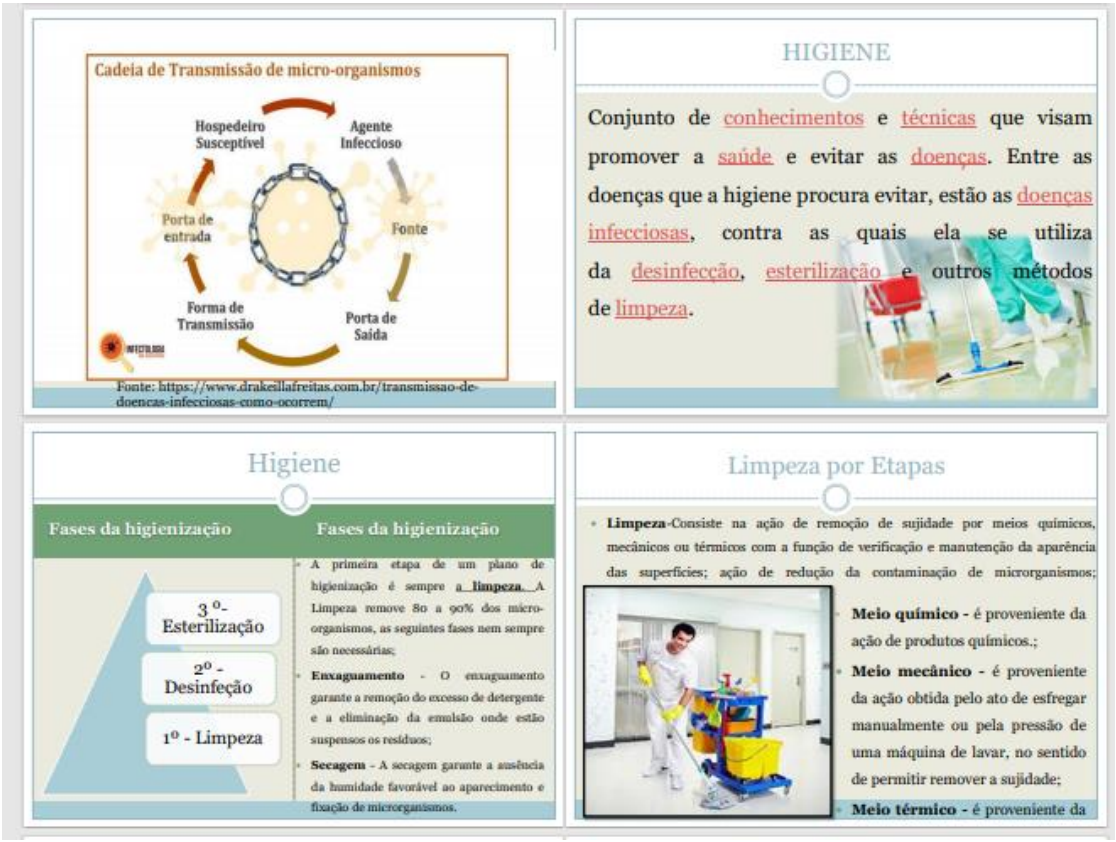
Imagem 4:https://vivamais.pt/covid_19/procedimentos-basicos/

Referências bibliográficas

- SNS 24 (2020). Etiqueta respiratória. Acedido em https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/prevencao/
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Norma 029/2012, de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencaoe-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-deimplementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). Norma 007/2020 de 29/03/2020 - Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Protecção Individual (EPI) - Revoga a Orientação n.º 003/2020 de 30/01/2020. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17925/norma_007_2020_preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-deinfe%C3%A7%C3%A3o-por-sars-cov-2-covid-19-equipamentosde-prote%C3%A7%C3%A3o-individual-epi.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). Norma 009/2020 COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Uso de Máscaras na Comunidade. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0092020-de-13042020-pdf.aspx

Formação "Higiene de Superfícies"





Técnicas de limpeza

- **Orientação horizontal** - Da zona mais afastada para a mais próxima da saída;
- **Orientação Vertical** - De cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;
- **Orientação Limpo-Sujo** - Limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;
- **Não levantar pó** - Fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levantem ou dispersem o pó;
- **Secar adequadamente** - Depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido favorece o desenvolvimento de microrganismos.

Limpeza por classificações de áreas

Área		Definição	Exemplos
Crítica	GERAL	São aquelas em que existe um maior risco de transmissão de infeção, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco (semi-invasivos) e onde se poderão encontrar utentes com o seu sistema imunitário deprimido	-Salas de pequena cirurgia -Salas de estomatologia / higiene oral -Salas de tratamento de feridas
	ESPECÍFICA	São aquelas em que a especificidade dos procedimentos realizados tem um considerável risco biológico, exigindo um plano de limpeza e de desinfeção próprio.	-Laboratórios -Serviços de Esterilização
Semi-Crítica	GERAL	São todas aquelas que são utilizadas por utentes e onde se realizam procedimentos de risco reduzido, excluindo as que estão incorporadas nas áreas críticas.	-Salas de administração de aerossóis -Salas de vacinação -Salas de injectáveis -Salas de saúde infantil -Salas de saúde materna e planeamento familiar -Salas de podologia -Outros gabinetes de consulta -Instalações sanitárias -Balneários
	ESPECÍFICA	São aquelas onde se armazena resíduos hospitalares com risco biológico.	-Zona de armazenagem de resíduos hospitalares dos Grupos III e IV
Não-Crítica		Correspondem áquelas onde não se realizam procedimentos de risco.	-Salas do Serviço administrativos e semelhantes -Salas de reuniões -Salas de espera -Corredores e átrios -Refeitórios, copas e bares -Escadas internas de emergência -Entradas exteriores dos serviços -Elevadores

Fonte: Dos autores com base em Yamauchi, N. I.; Lacerda, R.A.; Gabrielloni M.C. in Fernandes A.T. (2000)

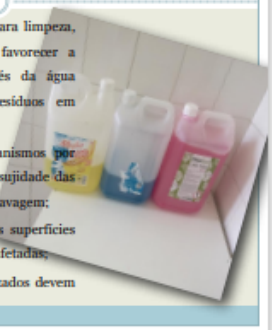
Limpeza por frequência

Área		Prioridade da Limpeza	Frequência Mínima			
			Limpeza Corrente	Limpeza de Conservação	Limpeza Imediata	Limpeza Global
Crítica	GERAL	Elevada	É efectuada **duas a três vezes por dia**.	É efectuada **uma vez por semana**.	É efectuada **sempre** que existam situações de derrame ou salpicos de sangue ou outra matéria orgânica	É efectuada **mensalmente**
	ESPECÍFICA		O plano de limpeza e desinfecção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza (ex: saídas de tratamentos) devem ser limpas no final de cada cirurgia)	O plano de limpeza e desinfecção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza		O plano de limpeza e desinfecção de cada área deve referir a frequência e definir o momento de limpeza
Semi-Crítica	GERAL	Média	É efectuada **duas** vezes por dia	É efectuada **uma** vez por semana		É efectuada **de dois em dois** meses
	ESPECÍFICA		É efectuada **após a remoção dos contentores/ sacos** de resíduos hospitalares			É efectuada **de dois em dois** meses
Não-crítica		Baixa	É efectuada **uma** vez por dia	É efectuada **uma** vez por semana		É efectuada **de seis em seis** meses

Fonte: Dos autores com base em Yamauchi, N. I.; Lacerda, R.A.; Gabriellori M.C. in Fernandes A.T. (2000)

Detergentes

- O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensioactivos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão);
- O detergente não destrói os microrganismos por ação directa, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem;
- Após a utilização de um detergente, as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfetadas;
- As fichas técnicas destes produtos utilizados devem estar visíveis.



DESINFEÇÃO

- A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inactivar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo);
- A desinfeção deve ser sempre precedida pela limpeza (limpeza, enxaguamento e secagem) e é realizada através de desinfetantes e antissépticos;

A desinfeção utiliza-se a diferentes níveis:

Desinfeção de superfícies

Desinfeção de material e instrumentos

Condições de utilização dos Desinfetantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (Procedimento);
- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (subdosagem é ineficaz, sobredosagem pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura o da água de diluição;
- Respeitar datas de validade, e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem;
- Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfectante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante);
- O desperdício da solução diluída de desinfectante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a 1ªdiluição.

Higiene das mãos (no início/fim do dia de trabalho e entre cada utente/procedimento)

- É de salientar, que a lavagem das mãos deve ser realizada ao entrar e sair do trabalho, antes e após qualquer procedimento, após retirar luvas, antes e após utilizar as instalações sanitárias e assoar o nariz, antes das refeições e ainda em outras situações que se considere necessário.

Material necessário

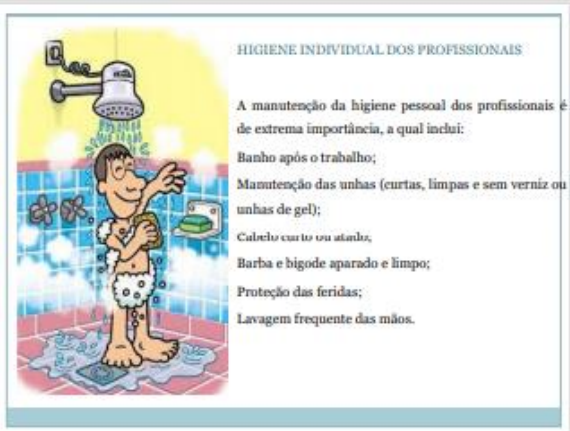
- Sabonete líquido e água (no lavatório);
- Toalhetes de papel;
- Solução antisséptica de base alcoólica.

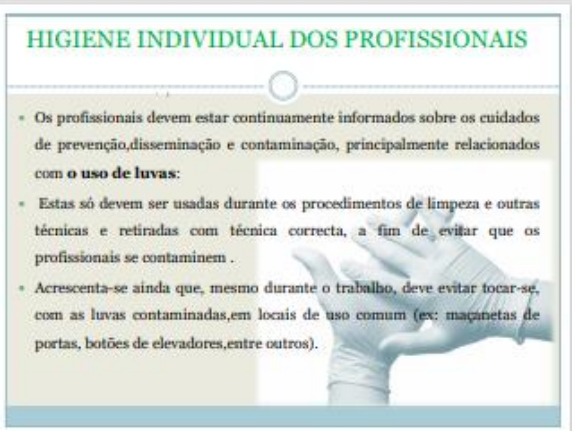
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Os profissionais que são responsáveis pela limpeza e desinfecção das instalações, devem estar protegidos durante a execução das suas actividades pelos equipamentos de proteção individual;

De acordo, com a norma da DGS, nº 13 de 2014, Uso e Gestão de Luvas Nas Unidades de Saúde,na limpeza ambiental das superfícies da unidade do utente, devem ser utilizadas luvas de nitrilo de uso único ou de borracha (luvas de ménage ou de uso doméstico). Só devem ser usadas as luvas de borracha nas unidades de saúde, se houver um local seguro para higienizar as luvas e as manter limpas e seca (p.7).

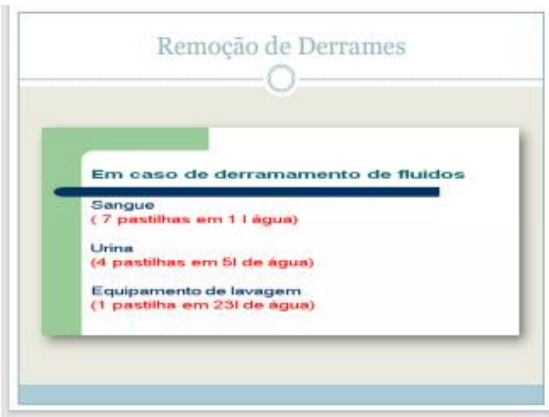
EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL						
	Luvas de borracha ou de "ménage"	Fardalhão	Avental de plástico	Óculos	Calçado (galocha)	Máscara
Limpeza	x	x		x	x	
Desinfecção	x	x	x	x	x	x


HIGIENE INDIVIDUAL DOS PROFISSIONAIS
A manutenção da higiene pessoal dos profissionais é de extrema importância, a qual inclui:
Banho após o trabalho;
Manutenção das unhas (curtas, limpas e sem verniz ou unhas de gel);
Cabelo curto ou atado;
Barba e bigode aparado e limpo;
Proteção das feridas;
Lavagem frequente das mãos.


HIGIENE INDIVIDUAL DOS PROFISSIONAIS
Os profissionais devem estar continuamente informados sobre os cuidados de prevenção,disseminação e contaminação, principalmente relacionados com o uso de luvas:
Estas só devem ser usadas durante os procedimentos de limpeza e outras técnicas e retiradas com técnica correcta, a fim de evitar que os profissionais se contaminem .
Acrescenta-se ainda que, mesmo durante o trabalho, deve evitar tocar-se, com as luvas contaminadas,em locais de uso comum (ex: maçanetas de portas, botões de elevadores,entre outros).

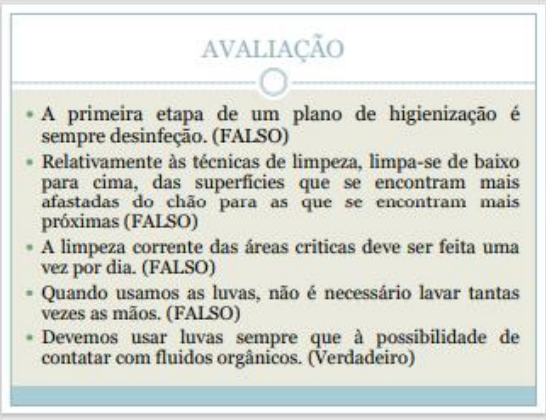
Recolha resíduos hospitalares
Grupos de Perigosidade
Descrição
Grupo I
Resíduos equiparados a urbanos que não apresentam exigências específicas de tratamento
Grupo II
Resíduos hospitalares não perigosos que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a resíduos urbanos
Grupo III
Resíduos hospitalares de risco biológico, sendo resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação devem ser objeto de tratamento de grande eficácia e segurança, permitindo a sua eliminação como resíduo urbano
Grupo IV
Resíduos hospitalares específicos, de várias tipologias e de incineração obrigatória

Remoção de Derrames
Tabela 2 - Procedimento a adotar em situações de derrame
Situações de Derrame
Desinfetante
Hipoclorito de sódio (lexívia)
Tipo de luvas
Salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos até 30cc. (com exceção de Urina)
1º Cobrir, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lexívia) na diluição de 1%*, deixando atuar durante 5 minutos.
2º Remover os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.
3º Lavar em seguida com água quente e detergente
Látex descartáveis
Derramamentos de fluidos orgânicos superiores a 30cc. (com exceção de Urina)
1º Circunscrever a área do derramamento com toalhetes absorventes ou celulose, de forma a evitar a dispersão dos líquidos.
2º Cobrir, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em solução desinfetante contendo cloro a 1%, deixando atuar durante 5 minutos.
3º Remover os toalhetes absorventes e depositá-los no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.
4º Lavar em seguida com água quente e detergente
Látex descartáveis
* A diluição deverá ser realizada a 1% de cloro livre (10.000ppm) de acordo com as indicações do produto
Fonte: Dos autores com base na publicação da Direcção-Geral da Saúde (2007) - Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Prática


Remoção de Derrames
Em caso de derramamento de fluidos
Sangue
(7 pastilhas em 1 l água)
Urina
(4 pastilhas em 5l de água)
Equipamento de lavagem
(1 pastilha em 23l de água)

Protocolo higienização de viaturas

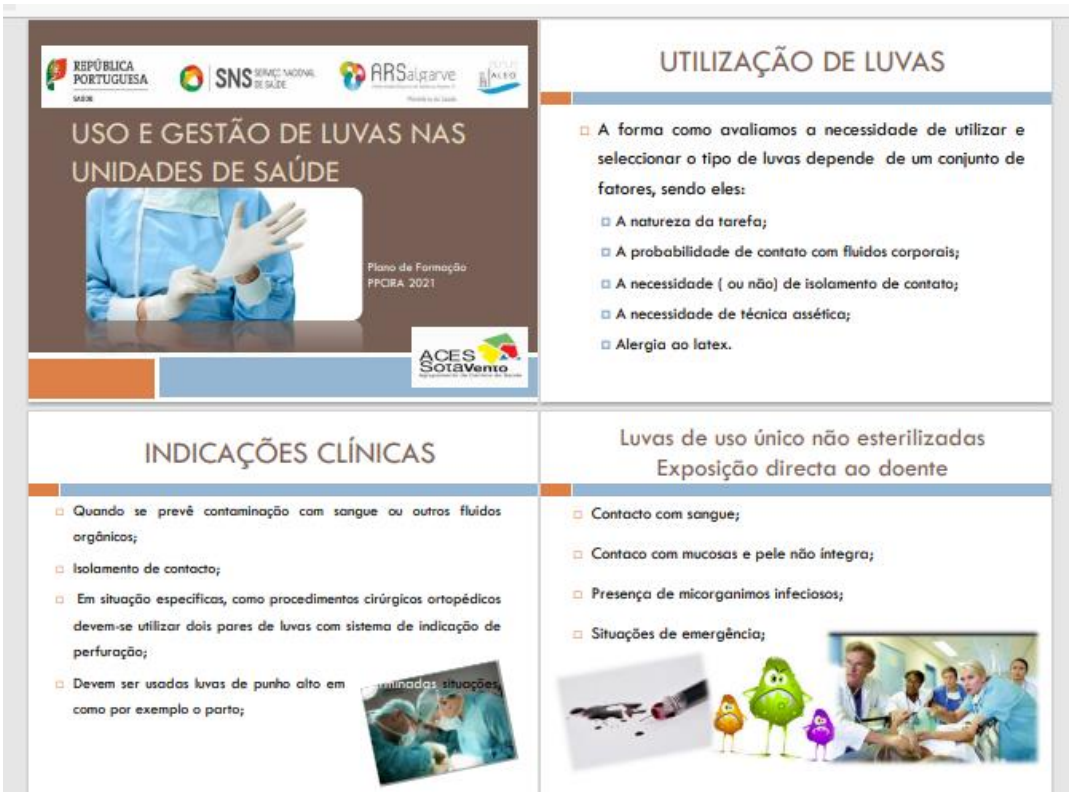
Protocolo higienização de viaturas


AVALIAÇÃO
A primeira etapa de um plano de higienização é sempre desinfeção. (FALSO)
Relativamente às técnicas de limpeza, limpa-se de baixo para cima, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas (FALSO)
A limpeza corrente das áreas criticas deve ser feita uma vez por dia. (FALSO)
Quando usamos as luvas, não é necessário lavar tantas vezes as mãos. (FALSO)
Devemos usar luvas sempre que à possibilidade de contatar com fluidos orgânicos. (Verdadeiro)

Referências bibliográficas

- World Health Organization [WHO] (2020). Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide 2nd edition. Acedido em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Adminstração Regional de Saúde [ARS] Algrarve (2012). Manual de Procedimentos de Higienização e Limpeza para controlo de infeção nos Serviços de Radiologia da ARS Algarve. Acedido em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2020/12/Manual_de_Procedimentos_de_Higienizacao_e_Limpeza_para_controlo_de_infecao_nos_Servicos_de_Radiologia_da_ARS_Algarve.pdf

Formação "Uso e Gestão de Luvas na Unidades de Saúde"



Luvas de uso único não esterilizadas Exposição directa ao doente

- Colocação e remoção de acessos venosos;
- Remoção de linha arterial;
- Limpeza de derrames e salpicos de sangue;
- Exame vaginal ou pélvico;
- Higiene oral
- Higiene perineal.

Luvas de uso único não esterilizadas Exposição indirecta ao doente

- Esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos;
- Manipulação/limpeza de instrumentos;
- Manipulação de antissépticos e desinfetantes;
- Manipulação de resíduos;
- Limpeza de fluidos corporais.

Luvas de polietileno esterilizadas

- Aspiração de secreções endotraqueais e oro ou nasotraqueais;
- Contactos superficiais, de curta duração, que não envolvam líquidos.

Luvas cirúrgicas esterilizadas

- Procedimentos cirúrgicos;
- Procedimentos radiológicos invasivos;
- Partos;
- Exame vaginal em obstetrícia se houver rotura de bolsa;

Luvas cirúrgicas esterilizadas

- Colocação de acessos/drenagens de fluidos corporais (toracentese, paracentese, drenagem suprapúbica, nefostomias, etc);
- Colocação de dispositivos intravasculares centrais;
- Punção para a colheita de fluidos orgânicos (punção lombar para colheita de liquido cefalorraquidiano por exemplo);

Luvas cirúrgicas esterilizadas

- Na preparação de fármacos citostáticos;
- Na preparação de nutrição parentérica;
- Microcirurgia.

Utilização de luvas

- Não devem ser usadas luvas quando não há previsão de exposição a sangue ou a fluidos orgânicos (exceto se o utente se encontrar em isolamento de contacto).

Utilização de luvas Exposição directa ao utente

- Avaliação de tensão arterial;
- Administração de vacinas ou outros injetáveis subcutâneos ou intramusculares;
- Cuidados de higiene e conforto e de apoio ao utente;
- Auscultação e palpação do utente;

Utilização de luvas
Exposição indirecta ao utente

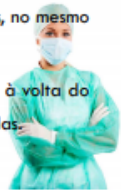
- Administração de medicamentos por via oral;
- Distribuição e recolha de tabuleiros de refeição;
- Remoção e mudança de roupa de cama;
- Colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio;
- Transporte de utentes.

Utilização de luvas

- Higienizar as mãos antes de colocar as luvas;
- Colocar as luva imediatamente antes do contacto/procedimen antecipadamente;

Utilização de luvas

- Em situação de isolamentos, conjuntamente com os outros equipamentos de proteção individual (EPI), as luvas devem ser colocadas em último lugar;
- Trocar de luvas em procedimentos diferentes, no mesmo utente (se necessário);
- Evitar contaminar os materiais e o ambiente à volta do utente, não tocando nestes com as luvas usadas.



Utilização de luvas

- Trocar de luvas entre utentes e quando estas estão danificadas;
- Trocar de luvas entre procedimentos no mesmo utente, de forma a prevenir a contaminação (por exemplo: trocar uma fralda e realização de higiene oral);

Utilização de luvas

- Retirar as luvas imediatamente após terminar a tarefa, não devendo ser utilizadas para escrever ou tocar em superfícies limpas;
- Conjuntamente com os outros EPI, as luvas devem ser removidas em primeiro lugar;
- Higienizar a mãos imediatamente após remover as luvas, uma vez que o seu uso não substitui este procedimento

Utilização de luvas

- Na unidade de saúde, através dos responsáveis dos vários níveis de gestão, esta norma deve estar acessível a todos os profissionais de saúde;
- Deve-se solicitar o apoio do Grupo de Coordenação Local (GCL-PPCIRA) e da Comissão de Qualidade e Segurança, para a seleção de luvas de uso clínico;
- O serviço de aprovisionamento deve solicitar o apoio da SSHST para a seleção de luvas alternativas para os profissionais alérgicos ao latex;

Utilização de luvas

- Devem ser realizadas formações obrigatórias, sobre o uso de luvas, a todos os profissionais da instituição;
- Devem estar disponíveis para consulta, as fichas de produtos e instruções dos fabricantes, uma vez que determinados produtos como cremes e solventes, podem danificar o material das luvas;
- É proibido o reprocessamento de luvas de uso único;

Limpeza da Sala de Operação

Utilização de luvas

- As luvas utilizadas devem cumprir as normas e diretivas europeias e articulado legal nacional quanto às suas características e fins a que de destinam:
  - Luvas de nitrilo esterilizadas e não esterilizadas (EN 388, EN 375, EN 374-3, EN 420);
  - Luvas cirúrgicas esterilizadas, sem pó e preferencialmente sem latex;
  - Luvas cirúrgicas esterilizadas, para microcirurgias, preferencialmente sem pó, com e sem latex.

Utilização de luvas

- Não podem conter pó, devido aos riscos associados à sua aerossolização;
- Devem estar disponíveis junto ao local de utilização;
- Devem estar acondicionadas em local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação, cumprindo os prazos de validade.

Utilização de luvas

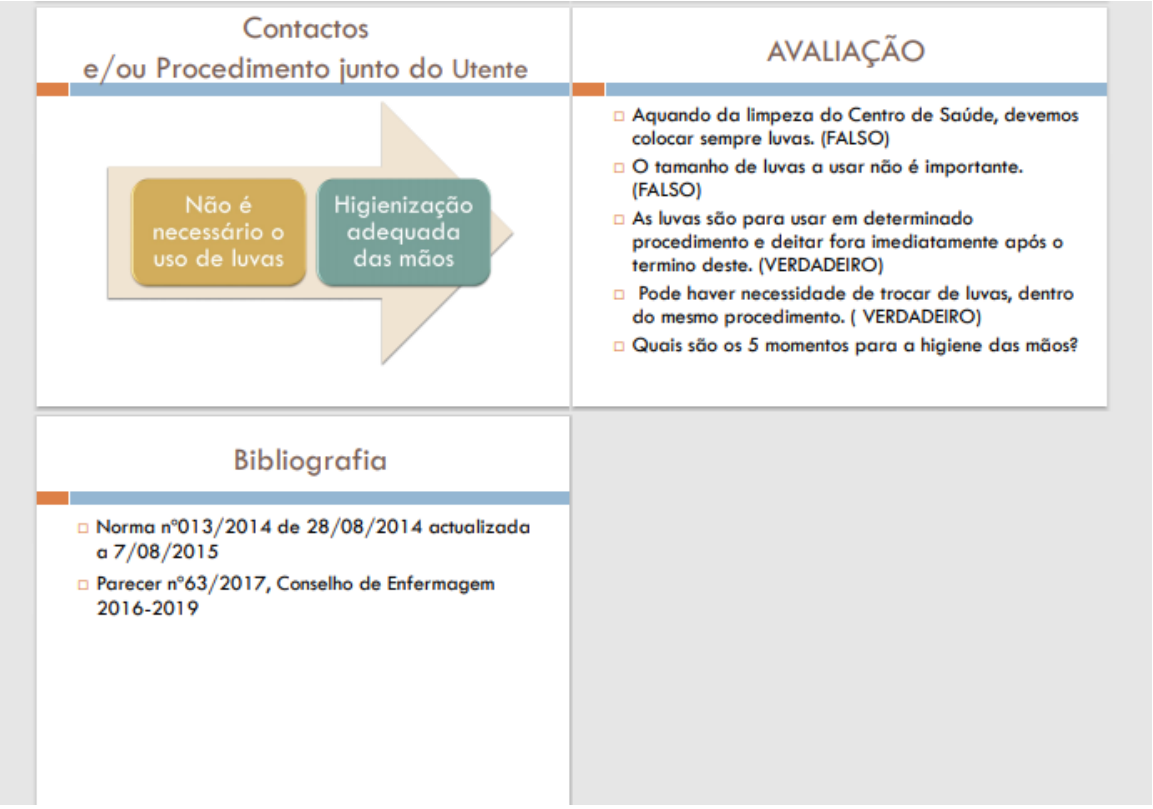
- Os profissionais de saúde devem comunicar ao superior hierárquico as falhas no *stock* de luvas, as deficiências detectadas na luvas e outros obtáculos que possam dificultar ou condicionar o uso adequado de luvas.

Utilização de luvas

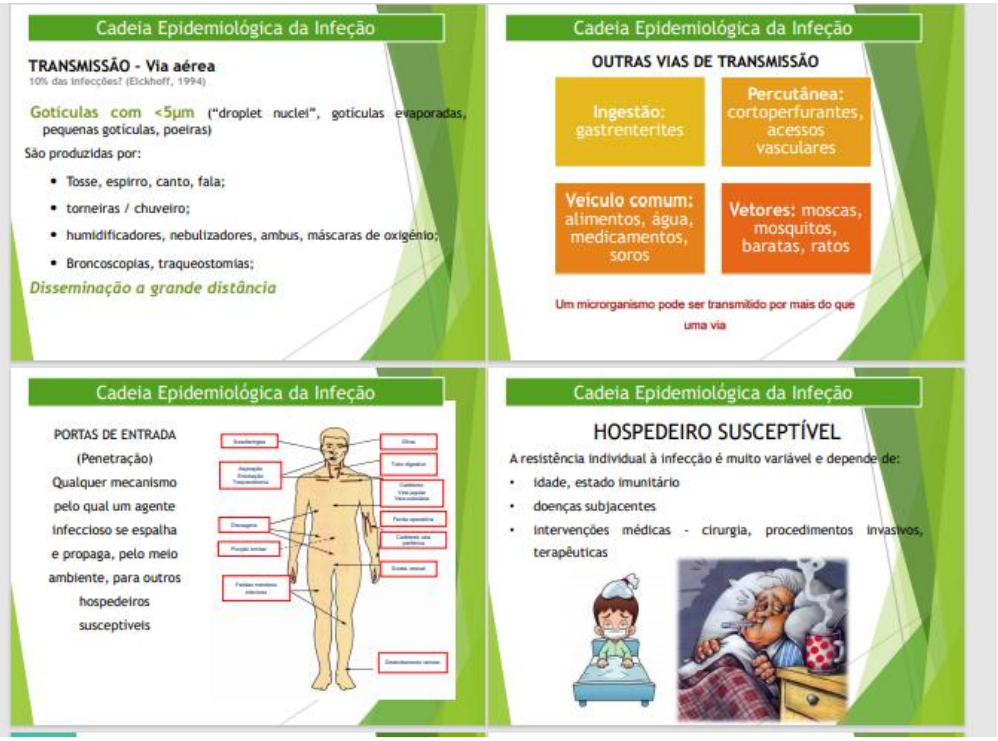
- Na limpeza ambiental das superfícies da unidade do utente, devem ser utilizadas luvas de nitrilo de uso único ou de borracha. Estas últimas só devem ser utilizadas de houver um local seguro para higienizar as luvas e mante-las limpas e secas;
- Na manipulação de alimentos devem ser utilizadas luvas de polietileno (plásticos, tipo "palhaço")

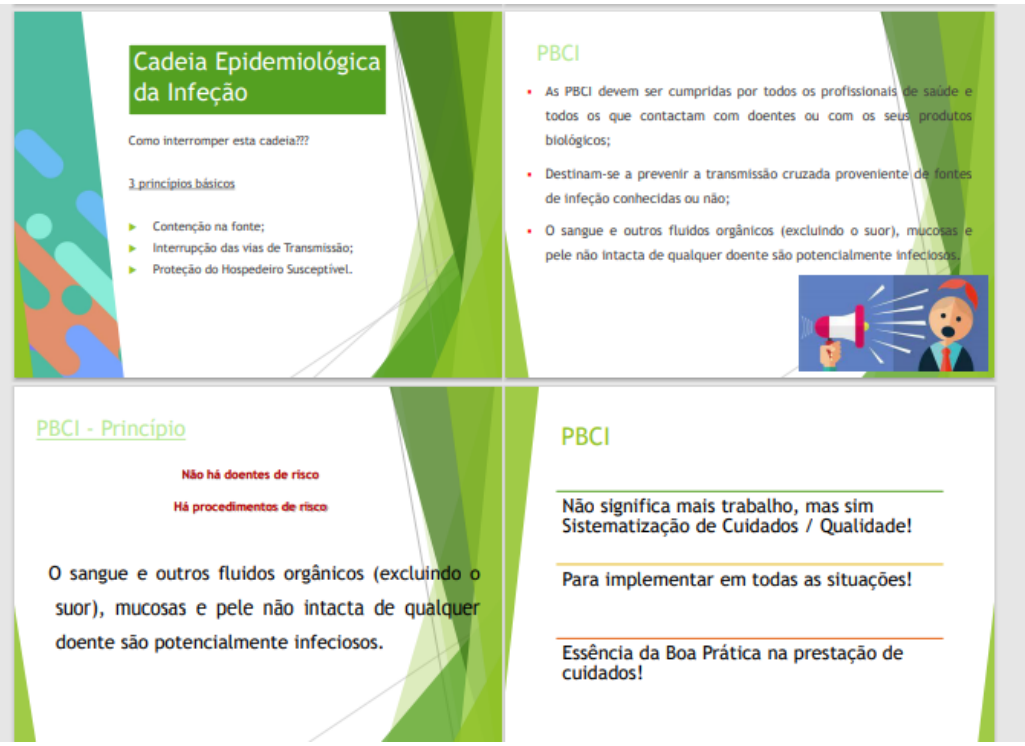
Contactos e/ou procedimento junto do utente

Procedimento cirúrgico	• Luvas cirúrgicas esterilizadas
Procedimento invasivo	• Luvas de procedimento, esterilizadas
Procedimentos que se prevê contacto com sangue ou outros fluidos	• Luvas de procedimento não esterilizadas
Procedimento de limpeza ambiental e/ou material	• Luvas não esterilizadas, específicas para limpeza de superfícies


Contactos
e/ou Procedimento junto do Utente
Não é necessário o uso de luvas
Higienização adequada das mãos
AVALIAÇÃO
Aquando da limpeza do Centro de Saúde, devemos colocar sempre luvas. (FALSO)
O tamanho de luvas a usar não é importante. (FALSO)
As luvas são para usar em determinado procedimento e deitar fora imediatamente após o termino deste. (VERDADEIRO)
Pode haver necessidade de trocar de luvas, dentro do mesmo procedimento. (VERDADEIRO)
Quais são os 5 momentos para a higiene das mãos?
Bibliografia
Norma nº013/2014 de 28/08/2014 actualizada a 7/08/2015
Parecer nº63/2017, Conselho de Enfermagem 2016-2019

Formação "Precauções Básicas de Controlo de Infeção"


Cadeia Epidemiológica da Infeção
TRANSMISSÃO - Via aérea
10% das infecções? (Eickhoff, 1994)
Gotículas com <5µm ("droplet nuclei", gotículas evaporadas, pequenas gotículas, poeiras)
São produzidas por:
Tosse, espirro, canto, fala;
torneiras / chuveiro;
humidificadores, nebulizadores, ambus, máscaras de oxigénio;
Broncoscopias, traqueostomias;
Disseminação a grande distância
Cadeia Epidemiológica da Infeção
OUTRAS VIAS DE TRANSMISSÃO
Ingestão: gastrenterites
Percutânea: cortoperfurantes, acessos vasculares
Veículo comum: alimentos, água, medicamentos, soros
Vetores: moscas, mosquitos, baratas, ratos
Um microrganismo pode ser transmitido por mais do que uma via
Cadeia Epidemiológica da Infeção
PORTAS DE ENTRADA
(Penetração)
Qualquer mecanismo pelo qual um agente infeccioso se espalha e propaga, pelo meio ambiente, para outros hospedeiros susceptíveis
Cadeia Epidemiológica da Infeção
HOSPEDEIRO SUSCEPTÍVEL
A resistência individual à infecção é muito variável e depende de:
idade, estado imunitário
doenças subjacentes
intervenções médicas - cirurgia, procedimentos invasivos, terapêuticas


Cadeia Epidemiológica da Infeção
Como interromper esta cadeia???
3 princípios básicos
Contenção na fonte;
Interrupção das vias de Transmissão;
Proteção do Hospedeiro Susceptível.
PBCI
As PBCI devem ser cumpridas por todos os profissionais de saúde e todos os que contactam com doentes ou com os seus produtos biológicos;
Destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não;
O sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), mucosas e pele não intacta de qualquer doente são potencialmente infeciosos.
PBCI - Princípio
Não há doentes de risco
Há procedimentos de risco
O sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), mucosas e pele não intacta de qualquer doente são potencialmente infeciosos.
PBCI
Não significa mais trabalho, mas sim Sistematização de Cuidados / Qualidade!
Para implementar em todas as situações!
Essência da Boa Prática na prestação de cuidados!

As PBCI são compostas por 10 itens:

1. Colocação dos doentes;
2. Higiene das mãos
3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
6. Controlo ambiental
7. Manuseamento seguro da roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

1. Colocação dos doentes

- Avaliar o risco de transmissão - doentes que representem risco acrescido (p.ex. sintomas de diarreia), devem ser colocados em local que minimize o risco (p.ex. quarto individual);
- Evitar deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou serviços.

2. Higiene das mãos

- As unhas devem ser naturais e mantidas curtas, limpas, sem artefactos e sem verniz;
- Devem ser utilizadas soluções anti-sépticas de base alcoólica (SABA) que devem estar disponíveis no local de prestação de cuidados;
- Se as mãos estiverem visivelmente sujas e no caso de procedimentos a doentes com infecções gastrointestinais (confirmação ou suspeita), as mãos devem ser lavadas com água e sabão.

2. Higiene das mãos

Unhas curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos.

Adornos removidos.

Antebraços expostos.

Cortes e abrasões cobertos com penso impermeável.

2. Higiene das mãos - 5 passos para a transmissão através das mãos

1- Microrganismos presentes na pele ou nas superfícies da unidade do doente

2 -Transmissão para as mãos

Casewell & Phillips demonstrated that nurses could contaminate their hands with 100-1000 CFU of Klebsiella spp. during "clean" activities such as lifting patients

WHO 2009

2. Higiene das mãos - 5 passos para a transmissão através das mãos

3-Os microrganismos sobrevivem nas mãos e replicam-se

Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min.

A variação surge em função de:

- A ausência de higienização das mãos;
- Duração dos cuidados;
- Grau do risco de contaminação das mãos.

The Lancet Infectious Diseases 2006

2. Higiene das mãos - 5 passos para a transmissão através das mãos

4 - Higiene das mãos ausente ou ineficaz - manutenção das mãos contaminadas

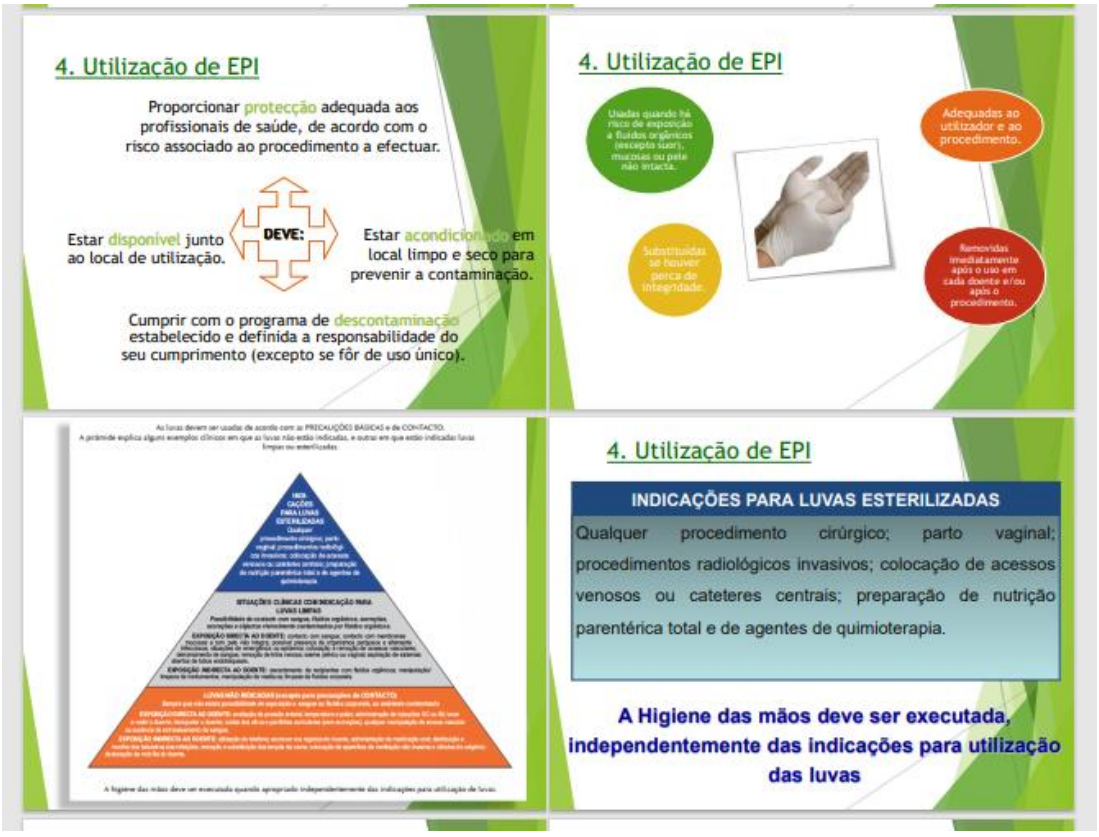
- Quantidade de produto insuficiente e/ou duração da higiene das mãos leva a uma deficiente descontaminação.
- A flora transitória pode permanecer com a lavagem das mãos, enquanto que a fricção com solução antisséptica de base alcoólica demonstrou ser mais efetiva.

2. Higiene das mãos - 5 passos para a transmissão através das mãos

5 - Mãos contaminadas, transmissão cruzada...

Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre doentes e pelo ambiente, ocorreu através das mãos dos profissionais de saúde

2. Higiene das mãos
5 momentos da
HIGIENE DAS MAÃOS
E
Antes e após a remoção de EPI
2. Higiene das mãos
Devem ser utilizadas soluções anti-sépticas de base alcoólica (SABA) que devem estar disponíveis no local de prestação de cuidados;
Se as mãos estiverem visivelmente sujas e no caso de procedimentos a doentes com infecções gastrointestinais (confirmação ou suspeita), as mãos devem ser lavadas com água e sabão;
Deve ser aplicado creme protector durante as pausas e após o final do turno sempre que possível (cuidado muito importante para quem faz a higiene das mãos frequentemente).
Higienizar as mãos
E
Salva vidas !
3. Etiqueta Respiratória
Conjunto de medidas destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas.
3. Etiqueta Respiratória
Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
Utilizar toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias e eliminá-lo num contentor de resíduos ou tossir ou espirrar para o braço evitando a dispersão de partículas e contaminação das mãos;
Higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.
Os profissionais de saúde devem promover a aplicação destas medidas junto de todos os utentes e de todas as pessoas que entram na unidade de saúde.


4. Utilização de EPI
Proporcionar protecção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efectuar.
Estar disponível junto ao local de utilização.
DEVE:
Estar acondicionado em local limpo e seco para prevenir a contaminação.
Cumprir com o programa de descontaminação estabelecido e definida a responsabilidade do seu cumprimento (excepto se fôr de uso único).
4. Utilização de EPI
Usadas quando há risco de exposição a fluidos orgânicos (excepto suor), mucosas ou pele não intacta.
Adequadas ao utilizador e ao procedimento.
Substituídas se houver perca de integridade.
Removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento.
4. Utilização de EPI
INDICAÇÕES PARA LUVAS ESTERILIZADAS
Qualquer procedimento cirúrgico; parto vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; colocação de acessos venosos ou cateteres centrais; preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia.
A Higiene das mãos deve ser executada, independentemente das indicações para utilização das luvas

4. Utilização de EPI

SITUAÇÕES CLÍNICAS COM INDICAÇÃO PARA LUVAS LIMPAS

Possibilidade de contacto *com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e objectos visivelmente contaminados por fluidos orgânicos.*

EXPOSIÇÃO DIRECTA AO DOENTE: contacto com sangue; contacto com membranas mucosas e com pele não íntegra; possível presença de organismos perigosos e altamente infecciosos; situações de emergência ou epidemia; colocação e remoção de acessos vasculares; derramamento de sangue; remoção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais.

EXPOSIÇÃO INDIRECTA AO DOENTE: esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos; manipulação/limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluidos corporais.

A Higiene das mãos deve ser executada, independentemente das indicações para utilização das luvas

4. Utilização de EPI

LUVAS NÃO INDICADAS (EXCEPTO PARA PRECAUÇÕES DE CONTACTO)

Sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou ambiente contaminado.

EXPOSIÇÃO DIRECTA AO DOENTE: avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso; administração de injecções SC ou IM; lavar e vestir o doente; transportar o doente; cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (sem secreções); qualquer manipulação de acesso vascular na ausência de extravasamento de sangue.

EXPOSIÇÃO INDIRECTA AO DOENTE: utilização do telefone; escrever nos registos do doente; administração de medicação oral; distribuição e recolha dos tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio; deslocação da mobília do doente.

A Higiene das mãos deve ser executada, independentemente das indicações para utilização das luvas

4. Utilização de EPI

Usados quando houver contacto directo com o doente.

Usados para protecção do uniforme quando se considera provável a sua contaminação.

Substituídos no final do procedimento e entre doentes.

4. Utilização de EPI

Usadas se houver risco acrescido de salpicos de fluidos orgânicos.

Substituídas no final do procedimento e entre doentes.

4. Utilização de EPI

Proteção ocular/ facial

Usada quando existe risco de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e durante procedimentos geradores de aerossóis.

4. Utilização de EPI

Máscara cirurgica

Usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória.

Bem ajustada à face e adequada para o objectivo.

Substituída se houver perca de integridade e no final do procedimento.

4. Utilização de EPI

Calçado

Anti-derrapante, limpo e deve cobrir todo o pé para evitar a contaminação com fluidos orgânicos ou lesão com corto perfurantes.

Removido antes de sair da área especifica.

4. Utilização de EPI

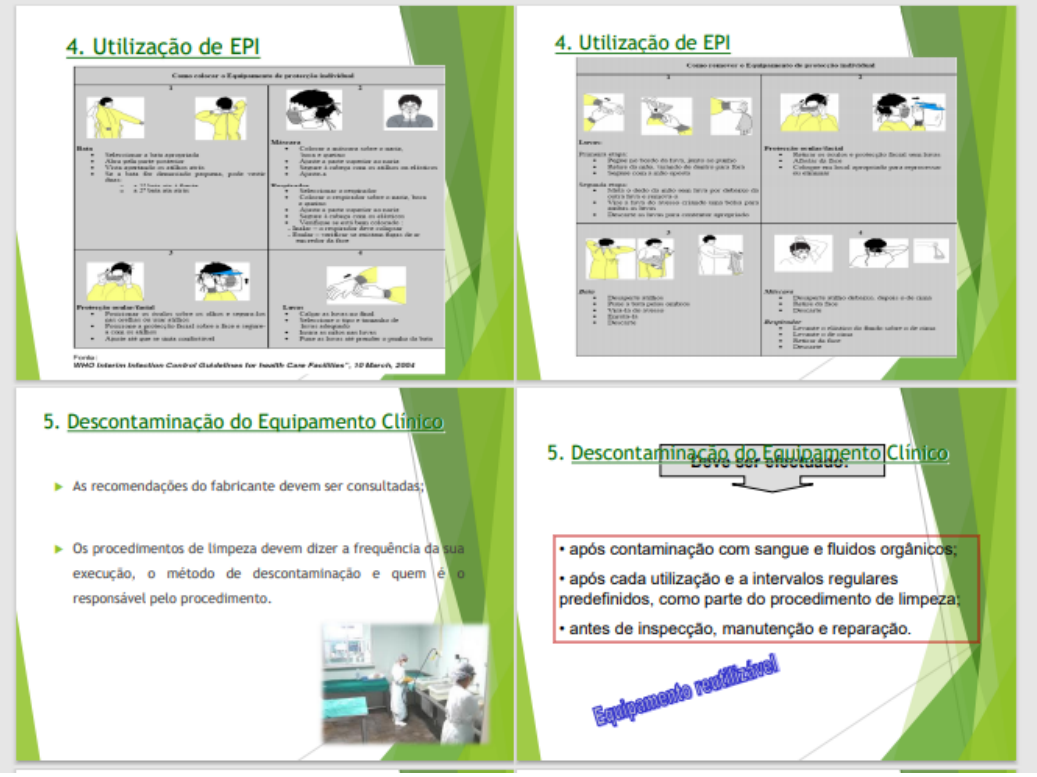
Cobertura do cabelo

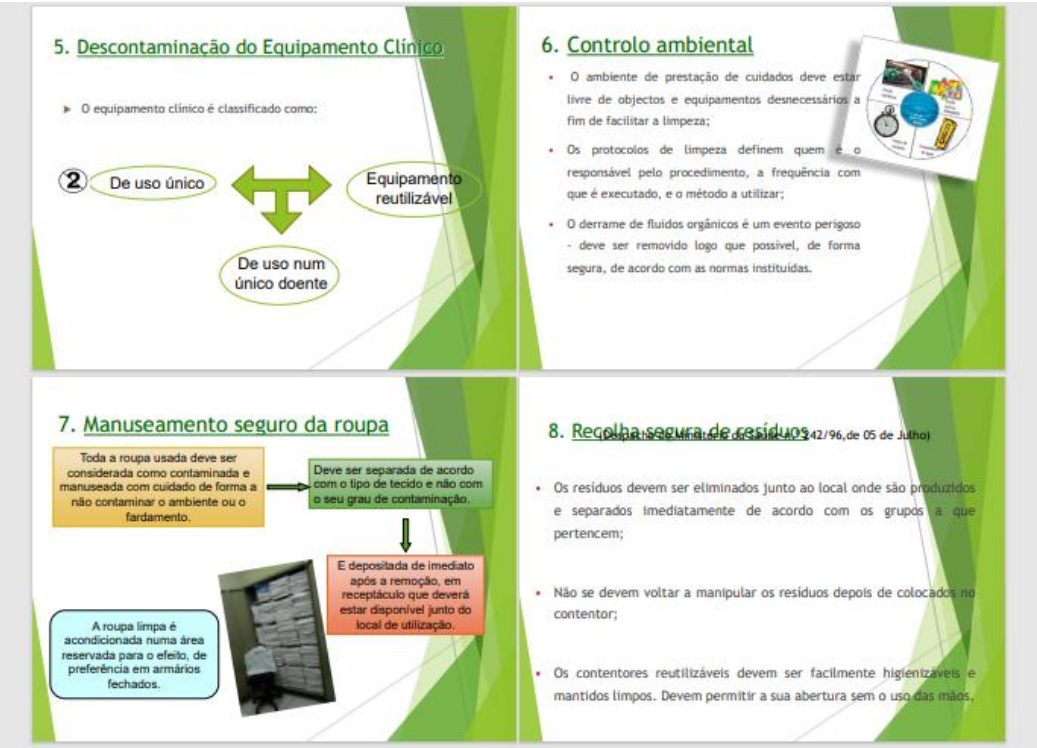
Utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos.

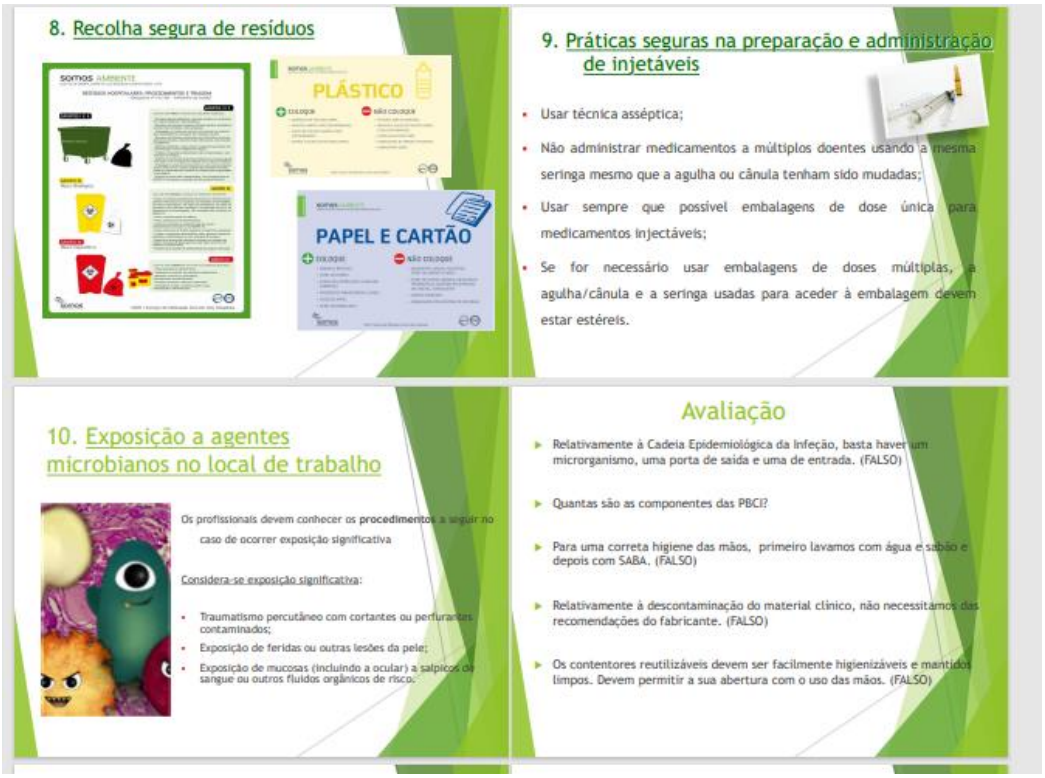
Bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo.

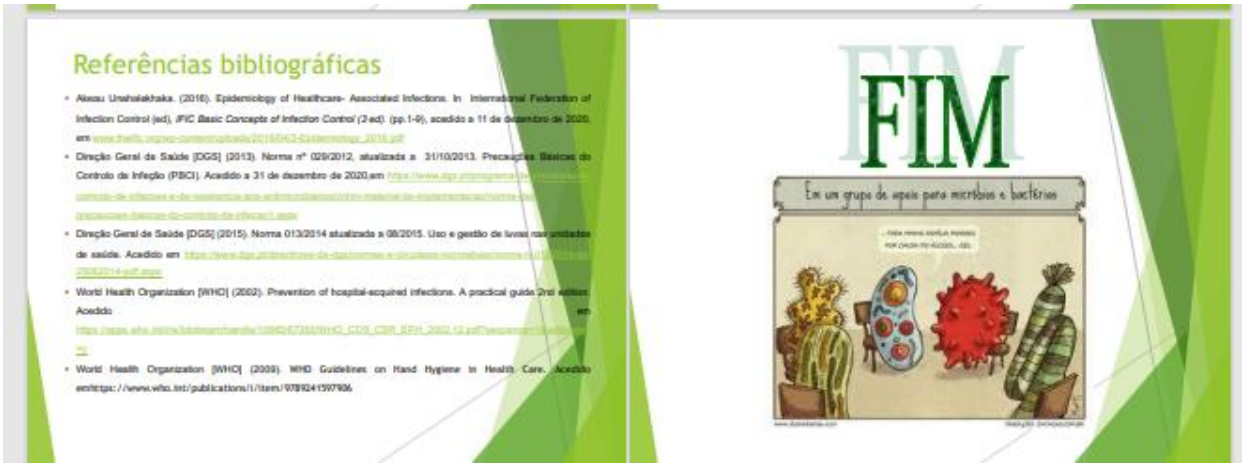
Substituída/eliminada entre sessões ou se estiver contaminada com fluidos orgânicos.

Utilizada nas áreas protegidas e durante certos procedimentos assépticos.


4. Utilização de EPI
4. Utilização de EPI
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
As recomendações do fabricante devem ser consultadas;
Os procedimentos de limpeza devem dizer a frequência da sua execução, o método de descontaminação e quem é o responsável pelo procedimento.
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
Deve ser efectuado:
• após contaminação com sangue e fluidos orgânicos;
• após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza;
• antes de inspecção, manutenção e reparação.
Equipamento reutilizável


5. Descontaminação do Equipamento Clínico
O equipamento clínico é classificado como:
2
De uso único
Equipamento reutilizável
De uso num único doente
6. Controlo ambiental
O ambiente de prestação de cuidados deve estar livre de objectos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza;
Os protocolos de limpeza definem quem é o responsável pelo procedimento, a frequência com que é executado, e o método a utilizar;
O derrame de fluidos orgânicos é um evento perigoso - deve ser removido logo que possível, de forma segura, de acordo com as normas instituídas.
7. Manuseamento seguro da roupa
Toda a roupa usada deve ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento.
Deve ser separada de acordo com o tipo de tecido e não com o seu grau de contaminação.
E depositada de imediato após a remoção, em receptáculo que deverá estar disponível junto do local de utilização.
A roupa limpa é acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados.
8. Recolha segura de resíduos
Os resíduos devem ser eliminados junto ao local onde são produzidos e separados imediatamente de acordo com os grupos a que pertencem;
Não se devem voltar a manipular os resíduos depois de colocados no contentor;
Os contentores reutilizáveis devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.


8. Recolha segura de resíduos
PLÁSTICO
PAPEL E CARTÃO
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
Usar técnica asséptica;
Não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas;
Usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injectáveis;
Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, a agulha/cânula e a seringa usadas para aceder à embalagem devem estar estéreis.
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho
Os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa
Considera-se exposição significativa:
Traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
Exposição de feridas ou outras lesões da pele;
Exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.
Avaliação
Relativamente à Cadeia Epidemiológica da Infeção, basta haver um microrganismo, uma porta de saída e uma de entrada. (FALSO)
Quantas são as componentes das PBCI?
Para uma correta higiene das mãos, primeiro lavamos com água e sabão e depois com SABA. (FALSO)
Relativamente à descontaminação do material clínico, não necessitamos das recomendações do fabricante. (FALSO)
Os contentores reutilizáveis devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a sua abertura com o uso das mãos. (FALSO)


Referências bibliográficas
FIM
Em um grupo de apoio para microbios e bactérias

Apêndice VIII- **Relatório com Propostas de melhoria**

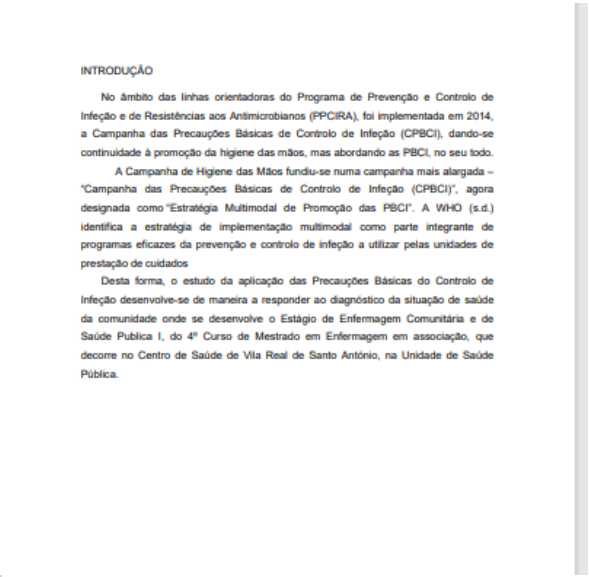
(Foram ocultadas as páginas onde estavam identificadas as unidades funcionais)

PROPOSTAS DE MELHORIA

Auditorias PBCI dezembro de 2020

Orientado por: Enfª Vera Carapinha

Elaborado por: Enfª Vanda Cruz

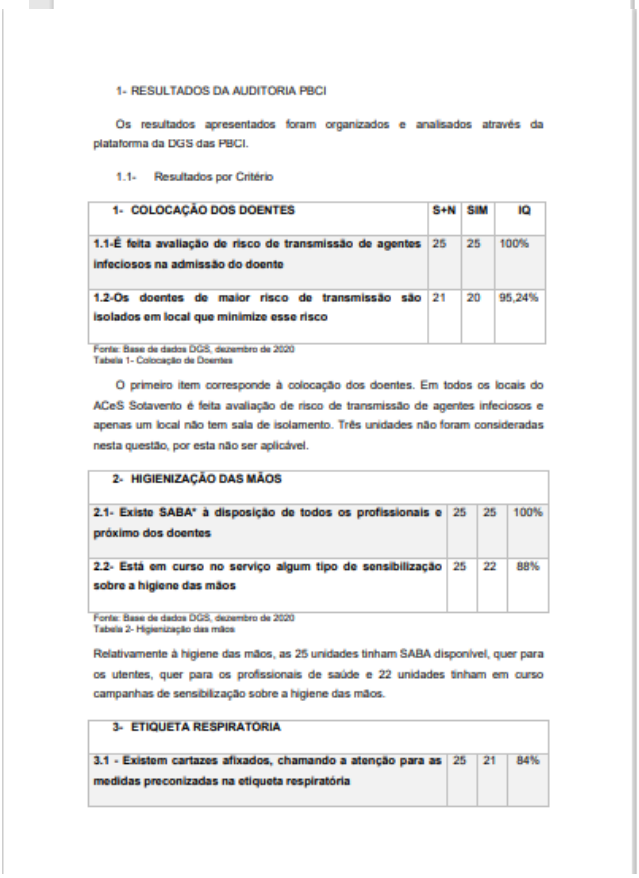


INTRODUÇÃO

No âmbito das linhas orientadoras do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), foi implementada em 2014, a Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CPBCI), dando-se continuidade à promoção da higiene das mãos, mas abordando as PBCI, no seu todo.

A Campanha de Higiene das Mãos fundiu-se numa campanha mais alargada – "Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CPBCI)", agora designada como "Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI". A WHO (s.d.) identifica a estratégia de implementação multimodal como parte integrante de programas eficazes da prevenção e controlo de infeção a utilizar pelas unidades de prestação de cuidados

Desta forma, o estudo da aplicação das Precauções Básicas do Controlo de Infeção desenvolve-se de maneira a responder ao diagnóstico da situação de saúde da comunidade onde se desenvolve o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Publica I, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, que decorre no Centro de Saúde de Vila Real de Santo António, na Unidade de Saúde Pública.



1- RESULTADOS DA AUDITORIA PBCI

Os resultados apresentados foram organizados e analisados através da plataforma da DGS das PBCI.

1.1- Resultados por Critério

1- COLOCAÇÃO DOS DOENTES	S+N	SIM	IQ
1.1-É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infeciosos na admissão do doente	25	25	100%
1.2-Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco	21	20	95,24%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 1- Colocação de Doentes

O primeiro item corresponde à colocação dos doentes. Em todos os locais do ACeS Sotavento é feita avaliação de risco de transmissão de agentes infeciosos e apenas um local não tem sala de isolamento. Três unidades não foram consideradas nesta questão, por esta não ser aplicável.

2- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS			
2.1- Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes	25	25	100%
2.2- Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos	25	22	88%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 2- Higienização das mãos

Relativamente à higiene das mãos, as 25 unidades tinham SABA disponível, quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde e 22 unidades tinham em curso campanhas de sensibilização sobre a higiene das mãos.

3- ETIQUETA RESPIRATÓRIA			
3.1 - Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória	25	21	84%
3.2 - Os doentes/clientes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA	24	24	100%
3.3 - Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória	25	19	76%
3.4 - Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/clientes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 3- Etiqueta Respiratória

No que respeita o terceiro item avaliado, 21 das 25 unidades tinham cartazes acerca da etiqueta respiratória. 19 unidades conheciam os componentes da etiqueta respiratória, sendo que em 6 unidades, no momento da visita, o local de refeição (copa) não tinha restrição de utilização, ou seja, neste local juntavam-se alguns profissionais sem máscara e sem distanciamento, não respeitando assim a etiqueta respiratória. Em todas as unidades, os profissionais sabem como devem agir relativamente aos doentes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias.

4- UTILIZAÇÃO DE EPI			
4.1 - Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização	25	24	96%
4.2 - Os EPI encontram-se num local limpo e seco	25	25	100%
4.3 - Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação	25	25	100%
4.4 - Estão disponíveis luvas de vários tamanhos	25	14	56%
4.5 - Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex	25	18	72%
4.6 - Os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra	25	24	96%
4.7 - Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes	23	17	73,91%

4.8 - Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos	23	17	73,91%
4.9 - As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado	7	7	100%
4.10 - Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição	25	23	92%
4.11 - Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular	25	22	88%
4.12 - Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 4- Colocação de EPI

Relativamente ao uso de EPI, estes, com exceção de uma unidade, estão disponíveis junto ao seu local de utilização. Encontram-se em locais limpos e secos e os artigos reutilizáveis têm um programa de descontaminação estabelecido. O material disponível apresenta algumas falhas pois apenas 14 unidades tinham disponíveis luvas de todos os tamanhos e 18 tinham alternativa ao latex. Em 24 unidades, os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contato direto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra. Em 6 unidades não está implementado o uso de aventais de uso único no contato direto com os doentes nem o uso de bata de manga comprida em situações de maior risco.

Nas unidades em que se aplica o item 4.9, todas as visitas usam máscara. Em 2 unidades não existiam mascaras adequadas ao tipo de exposição e 3 unidades não tinham disponível (ou era muito reduzido) equipamento de proteção ocular. Todos os profissionais, prestam cuidados com sapatos fechados.

5- TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO MÉDICO			
5.1 - O material/equipamento de uso único não é reutilizado (se verificar a condição anterior escolha a opção sim)	25	25	100%
5.2 - As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis	25	0	0%
5.3 - Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos	25	0	0%
5.4 - A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 5- Tratamento do equipamento médico

No que concerne ao tratamento do equipamento médico, verificou-se que o material de uso único não é reutilizado em nenhuma unidade. As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos disponíveis, não estão disponíveis em qualquer unidade, pelo que também não existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos. A descontaminação dos equipamentos é feita e está atribuída, porém é executada sem ser de acordo com as recomendações dos fabricantes.

6- CONTROLO AMBIENTAL			
6.1- O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários	25	16	64%
6.2- Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica	25	21	84%
6.3- O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo	25	20	80%
6.4- Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 6-Controlo ambiental

No controlo ambiental, verificou-se que 16 das 25 unidades tinham um ambiente de trabalho livre de objetos e equipamentos desnecessários e os profissionais de 21 unidades tinham conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica. Em 5 unidades, o ambiente de trabalho não se encontrava visivelmente limpo e em todas as unidades existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica.

7- MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA			
7.1- A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida	0	0	—
7.2- A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização	0	0	—
7.3- Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção	0	0	—

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 7- Manuseamento seguro da roupa

Relativamente ao manuseamento da roupa, apenas foi considerado o manuseamento de roupa dos utentes. Assim, este item não é aplicável a nenhuma das unidades.

8- RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS			
8.1- Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos	25	20	80%
8.2- Os contentores não se encontram demasiado cheios	25	21	84%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 8- Recolha segura de resíduos

Na recolha de resíduos, em 20 unidades os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo sem o uso da mão. Os contentores encontravam-se demasiados cheios em 4 unidades.

9- PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS			
9.1- A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente	21	21	100%
9.2- São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados	21	21	100%
9.3- Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)			

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 9- Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Nas unidades em que este item de avaliação é aplicável, todas as unidades adotam uma prática segura na preparação e administração de injetáveis.

10- EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO			
10.1- Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projeção para as mucosas oculares	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 10- Exposição de risco no local de trabalho

No que diz respeito à exposição de risco no local de trabalho, os profissionais conhecem os procedimentos a adotar aquando de um acidente em serviço.

ESTRUTURAS - CONHECIMENTO DAS PBCI			
1 - A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde	25	25	100%
1.2 - Os profissionais conhecem a Norma das PBCI			
1.2.1- Médicos	19	12	63,16%
1.2.1- Enfermeiros	25	14	96%
1.2.3- Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)	8	6	75%
1.2.4- Assistentes Operacionais	25	24	96%
1.2.5- Funcionários de limpeza	0	0	—

1.2.6- Outros profissionais e/ou voluntários	0	0	—
2- A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho	0	0	—
3- Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos	25	22	88%
4- Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados	25	0	0%
5- Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados	23	22	95,65%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 11- Conhecimento das PBCI

Relativamente aos conhecimentos das PBCI, todas as unidades têm disponível a norma das PBCI e das 25 unidades, 63,16 % dos médicos, 96% dos enfermeiros, 75% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e 96 % dos assistentes operacionais conhecem a norma das PBCI.

O item 3, não é aplicável uma vez que a avaliação de desempenho não está bem definida.

Em 22 das 25 unidades, existiam cartazes afixados acerca da técnica de higiene das mãos em locais estratégicos. Nenhuma unidade apresentava protocolos de descontaminação em locais apropriados. Em 22 unidades, de 23, apresentavam afixados protocolos de higienização ambiental em locais apropriados.

ESTRUTURAS – RECURSOS			
1- Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos	25	22	88%
1.2-Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)	25	13	52%
2-O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)	25	17	68%
2.1-O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção	25	24	96%
3- Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia	25	25	100%
4- Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente	0	0	—
4.1-Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor.	0	0	—
4.2-Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa	0	0	—
5-Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente	25	17	68%
5.1- Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado	25	25	100%
5.2- O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas	25	25	100%
5.3- O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização	25	25	100%
6- Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados	25	19	76%
6.1- O material/equipamento de uso único não é reutilizado	25	25	100%

Fonte: Base de dados DGS, dezembro de 2020
Tabela 12- Recursos

No que diz respeito aos recursos, em 22 das 25 unidades, os EPI disponíveis são adequados aos procedimentos, mas apenas 13 das 25 unidades têm EPI suficientes para a prestação de cuidados. Em 17 unidades o material era adequado para a higienização das mãos e em 24 unidades o material para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção. Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados em todas as unidades são os recomendados. Em 8 unidades, alguns dos contentores para a recolha de resíduos encontravam-se danificados e em número insuficiente. Em todas as unidades do ACeS Sotavento, os locais de armazenamento de resíduos hospitalares têm as condições necessárias, estão inacessíveis ao publico e estão devidamente sinalizados. Em 19 das 25 unidades existe um local de armazenamento para o equipamento, de maneira que este não fique exposto nos locais de prestação de cuidados. Por fim, em todas as unidades da Instituição, o material/equipamento de uso único não é reutilizado.

1.2- Resultados por Padrão

Constata-se que, através do gráfico 1, houve algumas oscilações nos resultados das auditorias, comparativamente com anos anteriores. Assim, verificou-se que a colocação de doentes foi um item que melhorou significativamente, estando muito perto dos 100%. Pensa-se que esta situação ocorreu devido à pandemia, onde todos os serviços uniram esforços para realizar uma correta colocação de doentes. A higiene das mãos manteve-se perto dos 100%, como em 2017. Pensa-se que as unidades encaram esta prática como basilar na prestação de cuidados. A etiqueta respiratória desceu, comparativamente ao ano de 2017. A pandemia e, consequentemente, a obrigatoriedade do uso de máscara, fez com que a etiqueta respiratória fosse uma temática central. Todavia, verifica-se que, em determinados momentos, o seu incumprimento.

Gráfico 1: Resultados por Padrão

O uso de EPI manteve-se igual ao ano de 2017. Contata-se que em determinadas unidades ainda não está implementado o uso de avental de uso único no contato direto com os utentes.

O tratamento do equipamento médico é onde se verificam valores relativamente baixos, uma vez que as recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos disponíveis, não estão disponíveis em qualquer unidade, pelo que também não existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos. Esta situação mantém-se desde 2014, como é possível observar no gráfico 1.

O controlo ambiental também desceu para uma percentagem perto dos 80%, comparativamente ao ano de 2017. Pensa-se que a situação pandémica e consequentemente, o maior consumo de material, fez que com que muitas das unidades sem espaço de armazém, guardassem o seu material em locais mais expostos.

O manuseamento da roupa não foi contabilizado nesta auditoria, uma vez que não há manuseamento de roupa dos utentes. Relativamente à recolha dos resíduos, o valor percentual aumentou de valores perto dos 70% para 82%. Contudo, existem muitas unidades com contentores danificados ou em número insuficiente.

A prática segura de injetáveis e a exposição de risco no local de trabalho melhoraram, atingindo dos 100%.

Através da imagem 2 verifica-se que o Padrão 1- Conhecimento das PBCI não atinge os 80% (79,29%) e o Padrão 2- Recursos atingiu uma percentagem de 86,18%. De uma forma geral, ultrapassou-se a barreira dos 80% do índice global de qualidade do processo (84,22%) e das estruturas (83,30%), valores ligeiramente inferiores ao ano de 2017 (84,26 e 84,91% respetivamente).

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

Auditorias PBCI
Resultados por Padrão

Padrão	S+N	Sim	IQ
1 - Colocação dos doentes	46	45	**97,83%**
2 - Higienização das mãos	50	47	**94,00%**
3 - Etiqueta respiratória	99	89	**89,90%**
4 - Utilização de EPI	278	241	**86,69%**
5 - Tratamento do equipamento médico	100	50	**50,00%**
6 - Controlo ambiental	100	82	**82,00%**
7 - Manuseamento seguro da roupa	0	0	
8 - Recolha segura de resíduos	50	41	**82,00%**
9 - Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	63	63	**100,00%**
10 - Exposição de risco no local de trabalho	25	25	**100,00%**
Padrão 1 - Conhecimento das PBCI	198	157	**79,29%**
Padrão 2 - Recursos	275	237	**86,18%**
Índice Global de Qualidade do Processo	811	683	**84,22%**
Índice Global de Qualidade das Estruturas	473	394	**83,30%**

Imagem 2: Resultados por Padrão

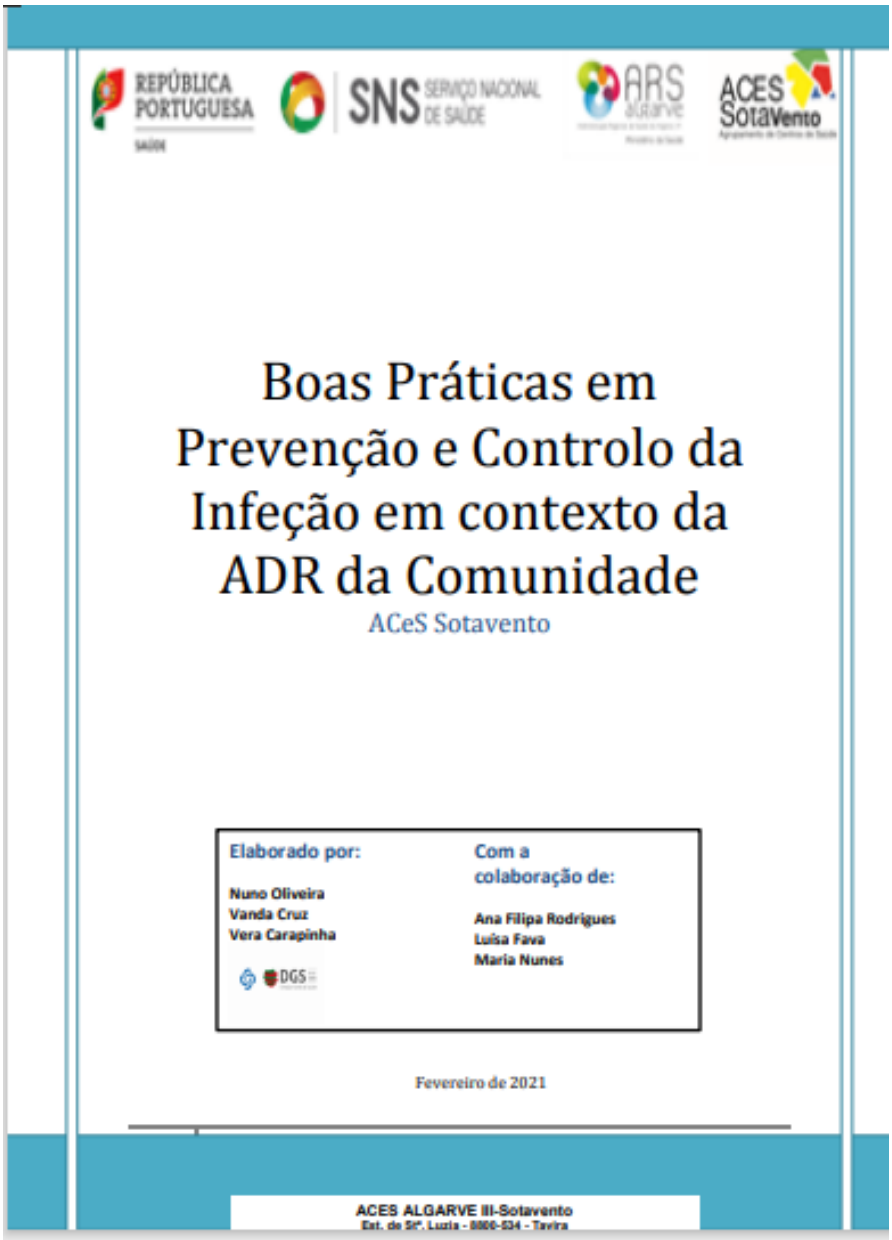
CONCLUSÃO

A realização da auditoria possibilitou identificar problemas e respetivas soluções/propostas de melhoria. Relembra-se que a aplicação correta das PBCI é um trabalho conjunto, que abrange toda a equipa multidisciplinar e não tem como objetivo culpabilizar nenhuma unidade ou profissional de saúde, mas sim melhorar a prática diária da prestação de cuidados, e consequentemente, atuar na redução das IACS.

A aplicação das PBCI são estratégias essenciais no controlo da infeção. A Estratégia Multimodal das PBCI, no módulo das auditorias as PBCI, está em curso no ACeS Sotavento, desde 2014 e ao longo destes anos temos assistido a uma evolução bastante positiva. Não podemos esquecer que as auditorias PBCI de 2020 foram realizadas em plena pandemia por Covid-19. Todas as equipas encontravam-se a trabalhar em esforço e com um maior consumo de recursos. Todavia, relembra-se que o tempo, empenho e formação são fundamentais para atingir/manter os bons resultados.

Pretende-se assim o incentivo contínuo no que respeita a aplicação da estratégia multimodal, fazendo com que as PBCI permanecem presentes no nosso dia a dia.

Apêndice IX- **Capa, Índice e Introdução do Protocolo de Funcionamento do ADR-Comunidade**



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ARS algarve

ACES SotaVento

Boas Práticas em Prevenção e Controlo da Infeção em contexto da ADR da Comunidade

ACeS Sotavento

Elaborado por:

Nuno Oliveira
Vanda Cruz
Vera Carapinha

DGS

Com a colaboração de:

Ana Filipa Rodrigues
Luísa Fava
Maria Nunes

Fevereiro de 2021

ACES ALGARVE III-Sotavento
Est. de Sº. Luzia - 8800-534 - Tavira

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	2
1 – FUNDAMENTAÇÃO	3
2 –COLOCAÇÃO/ ISOLAMENTO DOS DOENTES	4
2.1-Circuito dos Profissionais na nova Área Dedicada Doentes Respiratórios (ADR)	5
3. HIGIENE	9
3.1- Higiene corporal (zona exclusiva)	9
3.2- Higiene das mãos	9
4 – ETIQUETA RESPIRATÓRIA	10
5 - UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	11
6. DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO E EPI	12
7. CONTROLO AMBIENTAL	13
8. MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA	16
9. RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS	17
10. PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS	19
11 - EXPOSIÇÃO A AGENTES MICROBIANOS NO LOCAL DE TRABALHO	19
DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE	**21**

ACES ALGARVE III-Sotavento
Est. de Sª. Luzia - 8800-534 - Tavira
TEL. +351 281 329 002; FAX. +351 281 329 005

0 - Introdução

Atendendo ao alargamento progressivo da expressão geográfica da pandemia COVID-19, têm sido adotadas várias medidas para prevenir e conter a transmissão do vírus SARS-CoV-2. Estas medidas incluíram a implementação, pela Norma 004/2020 DE 23/03/2020, atualizada a 14/10/2020, da Direção-Geral da Saúde (DGS), "**COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19**", de um modelo inovador de abordagem dos doentes com suspeita e confirmação de infeção por SARS-CoV-2 no Serviço Nacional de Saúde. Neste âmbito, surgem as ADR-Comunidade (ADR-C), caracterizadas como áreas dedicadas exclusivamente à avaliação clínica de doentes com suspeita de infeção respiratória aguda e colheita de amostras para teste laboratorial para SARS-CoV-2, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Este documento tem como objectivo a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde no ADR-C do ACeS Sotavento.

ACES ALGARVE III-Sotavento
Est. de St.ª. Luzia - 8800-534 - Tavira
TEL. +351 281 329 002; FAX. +351 281 329 005

Apêndice X- **Cronograma das Atividades**

Mês / Atividade	Dez 2020	Jan 2021	Fev 2021	Março 2021	Abril 2021	Maio 2021
Pedido de autorização para realização do projeto (Diretora Executiva, coordenador da USP)	x					
Diagnóstido de Situação	x	x				
Apresentação do Projeto à USP		x				
Apresentação do Projeto da Instituição		x				
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade de adquiri contentores de recolha de resíduos adequados				x		
Reunião com stakeholderes acerca da necessidade implementar a obrigatoriedade de, pelo menos uma formação, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, acera das PBCI				x		
Elaboração e implementação de protocolo de funcionamento o ADR-Comunidade		x	x			
Elaboração de plano de formação sobre PBCI				x	x	
Realização de reunião com Elos PPCIRA para apresentar/validar o Plano do de formação					x	
Realização de sessão de educação para a saúde acerca das PBCI					x	
Realização de sessão de educação para a saúde acerca da etiqueta respiratória					x	
Elaboração de lembretes					x	x
Partilha de cartazes						x
Avaliação e monitorização	x	x	x	x	x	x

Apêndice XI**- Resumo do Artigo Ciêntifico**

Curso de Mestrado em Enfermagem

Áreas de Especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente(s):

Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

ARTIGO CIENTÍFICO
"PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO"

Discentes:

Vanda Cruz Nº 19713

Maio

2021

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Vanda Luisa Palma da Cruz; Licenciada em Enfermagem; Enfermeira na UCSP ALEO, do ACeS Sotavento, da ARS Algarve; Estudante do Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Beja; Portugal; 64431@arsalgarve.min-saude.pt

RESUMO

Objetivo: Identificar as necessidades dos Profissionais de Saúde de uma instituição de saúde, na região do Sotavento Algarvio, relativamente às Precauções Básicas de Controlo de Infeção.

Metodologia: Estudo descritivo guiado pela fase de Diagnóstico da Metodologia de Planeamento em Saúde. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados a grelha de auditorias das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, validada pela Direção Geral de Saúde.

Resultados: A falta de conhecimentos acerca da etiqueta respiratória e do uso de equipamento de proteção individual, a inexistência das recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos, inexistência de protocolos específicos para a descontaminação dos equipamentos, o ambiente de trabalho ocupado com objetos e equipamentos desnecessários, o equipamento para a higiene das mãos desadequado, os contentores de resíduos inadequados e em número insuficiente foram os problemas identificados.

Conclusão: Constatou-se que apresar da formação frequente acerca das precauções básicas de controlo de infeção, esta continua a ser uma área com necessidade continua de intervenção.

Descritores: Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Profissionais de Saúde, Estratégia Multimodal, Capacitação.

INTRODUÇÃO

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) são um problema exponencial que colocam em risco a segurança das populações. Assim, a sua vigilância e prevenção deverão ser encaradas como uma das primeiras prioridades das instituições de saúde[16]. As consequências destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade não deverão ser ignoradas[1,2]. A World Health Organization [WHO][3], no seu relatório de 2015, refere que a problemática das IACS, e a resistência a antimicrobianos, constituem um problema de Saúde Pública. Neste contexto, surgem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que indicam regras de boas práticas a adotar por todos os profissionais de saúde, tendo como objetivo minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada[11]. Destinam-se a garantir não só a segurança dos cidadãos e dos profissionais de saúde, mas de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde. Estas precauções aplicam-se a todos os doentes, independentemente de se conhecer o seu estado de doença, sendo que a sua implementação integra uma estratégia primária de eficácia comprovada na minimização do risco de infeção[11].

Apêndice XII- **Fotografia Original com Slogan**

Comemoração do dia Mundial da Higiene das Mãos

As tuas mãos Primeiro!😊

Apêndice XIII- **Elaboração e difusão de cartazes**

"As tuas Mãos Primeiro"

ANEXOS

Anexo I- **Grelha de Auditoria interna ao cumprimento das PBCI**

Fonte: GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar do Algarve

Método	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
	4 - ETIQUETA RESPIRATÓRIA			
Obs	**4.1.** Existem cartazes afixados, que indicam para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória			
Obs	**4.2.** Os doentes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou SABA			
Entr.	**4.3**. Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória			
Entr.	**4.4**. Os profissionais sabem como devem proceder, em relação aos doentes, nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias.			
	Total índice de qualidade			
	5– PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS			
Obs	**5.1. C**ada seringa, apenas é usada num doente			
Obs	**5.2.** São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados			
Obs	**5.3.** Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)			
	Total índice de qualidade			
	6– EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO			
Entr.	**6.1.** Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, quando da exposição significativa a fluidos orgânicos (acidentes por picada ou corte ou projeção para as mucosas oculares)			
	Total índice de qualidade			
	7– MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA			
Obs	**7.1.** A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida			
Obs	**7.2**. A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização			
Obs	**7.3.** Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção			
	Total índice de qualidade			
	8 – RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS			
Obs	**8.1**. Os contentores reutilizáveis, têm mecanismos de abertura sem o uso das mãos, e são higienizáveis			
Obs	**8.2.** Os contentores encontram-se parcialmente cheios			
	Total índice de qualidade			
	9 -TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO			
Obs	**9.1.** O material/equipamento de uso único não é reutilizado *(se verificar a condição anterior escolha a opção sim)*			
Obs	**9.2.** As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis			
Obs	**9.3**. Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos			
Obs	**9.4.** A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída.			
	Índice de qualidade dos padrões 4-9			

Legenda: Obs – Observado; Entr. – Entrevistado; N/A – não se aplica

Método	CRITERIOS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
	10 – CONTROLO AMBIENTAL			
Obs	**10.1.** O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários			
Obs/Entr.	**10.2**. Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica			
Obs	**10.3**. O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo			
Obs/Entr.	**10.4**. Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica			
	Total índice de qualidade			
	Índice global de qualidade do serviço			

Legenda: Obs – Observado; Entr. – Entrevistado; N/A – não se aplica

Auditoria interna ao cumprimento das PBCI (estrutura)

Método	ITENS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
	PADRÃO 1 - CONHECIMENTO DAS PBCI			
Obs/Entr.	**1.** A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde			
Entr.	**1.1** Os profissionais conhecem a Norma das PBCI			
	2. Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI			

Obs	**2.1.** Médicos			
Obs	**2.2.** Enfermeiros			
Obs	**2.3.** Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)			
Obs	**2.4.** Assistentes Operacionais			
Obs	**2.5.** Funcionários de limpeza			
Obs	**2.6.** Outros profissionais e/ou voluntários			
Entr.	**3.** A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho.			
Obs	**4.** Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos			
Obs	**5.** Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados			
Obs	**6.** Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados			
	Total índice de qualidade			
	PADRÃO 2 - RECURSOS			
Obs	**1.** Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos			
Obs	**1.2** Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)			
Obs	**2.** O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)			
Obs	**2.1** O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção			
Obs	**3.** Os antisséticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pela Comissão de prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (CPCIRA) /Gestão de Risco e Farmácia			
Obs	**4**. Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente			
Obs	**4.1** Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor			
Obs	**4.2**. Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa			
Obs	**5.** Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente			
Obs	**5.1** Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado			
Obs	**5.2** O local de armazenamento de resíduos tem condições adequadas de acesso			
Obs	**5.3** O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização			
Obs	**6.** Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados			
Obs	**6.1** O material/equipamento de uso único não é reutilizado			
	Total índice de qualidade			

Legenda: Obs – Observado; Quest. – Questionado; N/A – não aplicado

Anexo II- **Fórmulas de Cálculo dos Índices de Qualidade (IQ) no serviço clínico auditado**

Fonte: GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar do Algarve

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE (IQ) NO SERVIÇO CLÍNICO AUDITADO

Cada critério tem três hipóteses de resposta:

- **Sim**
- **Não**
- **Não se Aplica (NA)**

A resposta **Sim** tem uma avaliação (score) de **1 ponto**;

A resposta **Não** tem uma avaliação (score) de **0 pontos;**

Total de respostas aplicáveis:

Nº total de respostas – (menos) nº de respostas não aplicáveis

Fórmula de cálculo do IQ de cada critério (por processos) no Serviço:

Total de respostas SIM X 1 00 = (IQ) do critério, no serviço_____%
Total de respostas aplicáveis

Fórmula de cálculo do IQ de cada Padrão (por estruturas) no Serviço:

Total de respostas SIM X 1 00 = (IQ) do padrão, no serviço_____%
Total de respostas aplicáveis

Anexo III- **Parcer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja**

inado por: Marta Isabel Casteleiro Amaral
n. de Identificação: BI10054731
e: 2021.03.17 12:29:55+00'00'

IPBeja

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

(CEIPBeja)

PARECER N.º 01/2021

(Sobre o estudo - "Precauções Básicas de Controlo de Infeção em tempo de Pandemia: Inovar Para Poder Melhorar"

A- RELATÓRIO

A.1. A comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (CE IPBeja) iniciou o Processo nº1/2021, com base no pedido formulado pela requisitante, a mestranda Vanda Luisa Palma da Cruz, solicitou a emissão de parecer à Comissão de Ética relativamente ao estudo "Precauções Básicas de Controlo de Infeção em tempo de Pandemia: Inovar Para Poder Melhorar" no âmbito do Estágio I e Estágio final, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Púbica, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, do Instituto Politécnico de Beja.

O projeto apresenta-se bem explanado e abrange tanto uma investigação, com uma componente de levantamento de dados e outra de intervenção prática em que pretende "realizar atividades práticas com determinados elementos das Unidades de Saúde", propondo realizar sessões de educação para a saúde com componente prática, com os elos do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) acerca das precauções básicas de controlo de infeção. Pretendo também realizar alguns videos com alguns elementos do ACeS, para que possam ser replicados, contornando assim a situação pandémica, que não permite ajuntamentos".

A duração do projeto corresponde à duração do Estágio I e Estágio Final. No Estágio I teve início a 2 de dezembro de 2020 e termina a 22 de janeiro de 2021. O estágio Final inicia a 25 de janeiro de 2021 até 4 de junho de 2021.

MOD01-P902 Pagina 1 de 2

A grelha a utilizar e aplicar encontra-se anexa à norma Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013, da DGS).

Através do documento de Consentimento Informado e da declaração de confidencialidade, ficam asseguradas as condições éticas que presidem à investigação.

A.2. Fazem parte do processo os seguintes documentos: Texto genérico com a identificação da Investigadora, do enquadramento da temática, dos objetivos, dos procedimentos, dos critérios de seleção dos inquiridos, da metodologia de análise dos dados, da duração do projeto, o modelo de consentimento informado e a declaração de confidencialidade dos dados por parte da investigadora responsável.

B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. O Questionário e a forma como são abordados os sujeitos do estudo cumprem as necessárias condições no campo da confidencialidade e anonimato dos dados.

B.2. O modelo de consentimento informado para a participação no estudo contempla os requisitos necessários.

B.3. A declaração da Investigadora Principal assegura a completa salvaguarda do cumprimento dos preceitos éticos a assumir na investigação.

C- CONCLUSÕES

1. Entende esta Comissão que deve dar parecer favorável ao solicitado.

Assinado por : **Marta Isabel Casteleiro Amaral**
Num. de Identificação: BI10054731
Data: 2021.03.17 12:31:37+00'00'

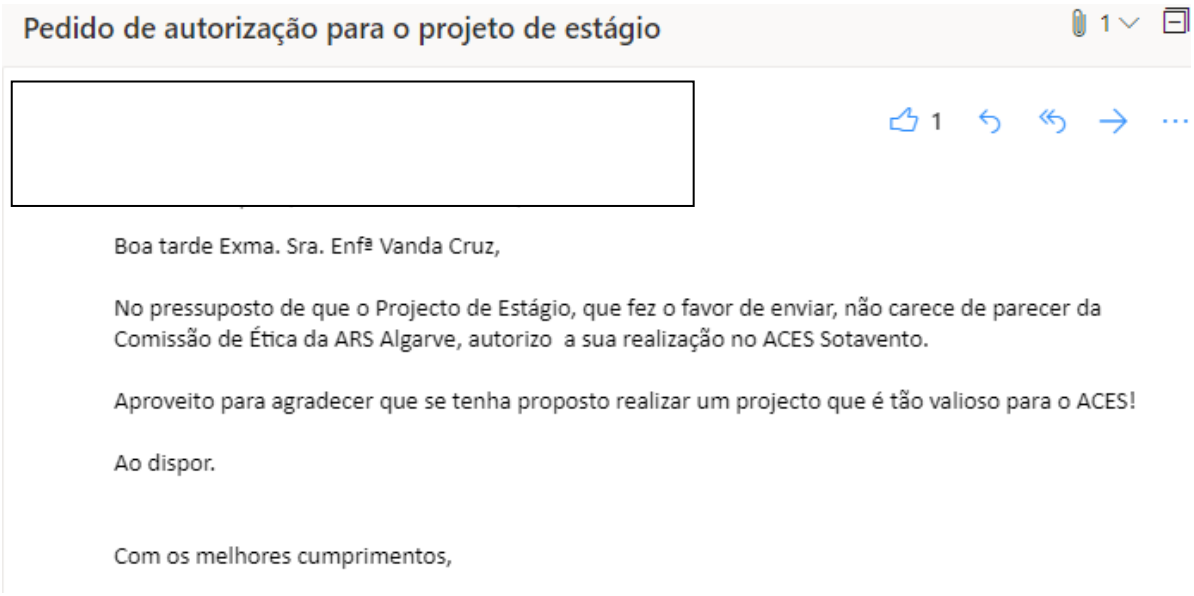
Os relatores: José Pedro Fernandes, Silvina Ferro Palma e Marta Amaral.

Beja, 12 de janeiro de 2021

MOD01-P602

Página 2 de 2

Anexo IV- **Parecer da Diretora Executiva do ACeS Sotavento**



Pedido de autorização para o projeto de estágio

1

1

Boa tarde Exma. Sra. Enfª Vanda Cruz,

No pressuposto de que o Projecto de Estágio, que fez o favor de enviar, não carece de parecer da Comissão de Ética da ARS Algarve, autorizo a sua realização no ACES Sotavento.

Aproveito para agradecer que se tenha proposto realizar um projecto que é tão valioso para o ACES!

Ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,