



**Higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual nas assistentes operacionais - uma melhoria nos cuidados.**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem Comunitária**

**Eduardo        dos  
Santos    Carvalho  
Botelho        Gil**

**2021, julho**



**Higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual nas assistentes operacionais - uma melhoria nos cuidados.**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem Comunitária**

**Eduardo dos  
Santos Carvalho  
Botelho Gil**

**Orientador**

**Professora Doutora Maria Irene  
Mendes Pedro Santos**

**2021, julho**

“Não permaneça sempre na estrada principal, indo apenas onde os outros já foram, seguindo um atrás do outro como um rebanho de ovelhas. Ocasionalmente, deixe a trilha já traçada e mergulhe na floresta. Cada vez que você fizer isso, certamente encontrará algo que nunca viu antes. Pode ser uma coisa simples, mas não a ignore. Explore em sua volta; uma descoberta leva a outra e, antes que você perceba, terá algo com o qual vale a pena ocupar sua mente. Todas as grandes descobertas são frutos do pensamento.”

**Alexander Graham Bell**

## AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório foi possível com o apoio de algumas pessoas. Desta forma, quero agradecer a todos os que me apoiaram e contribuíram para a realização deste Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Desta forma, agradeço:

À Professora Doutora Irene Santos pela disponibilidade que sempre demonstrou, pelas orientações e sugestões que me deu!

À enfermeira orientadora Celeste Nogueira pela receptividade e sugestões que me deu!

Às enfermeiras Sandra Almeida e Gabriela Simplício pelo apoio, disponibilidade e orientações!

À UCC onde decorreu o estágio!

Aos meus colegas do curso de Mestrado pelo apoio e companheirismo!

Aos meus colegas de serviço a USF Foral Novo, que permitiram a conciliação do percurso académico com a vida profissional!

Aos meus pais!

À minha esposa e filhos por terem tido a paciência de me aturar, pelo apoio e carinho demonstrado!

A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste percurso!

A todos, um muito obrigado!

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES Lezíria - Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria

AO - Assistentes Operacionais

CCI - Comissões de Controlo de Infeção

CDC - Center for Disease Control and Prevention

CLAS - Concelho Local de Ação Social

CMX – Camara Municipal de X

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

EEECS - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EPI - Equipamento Proteção Individual

HM - Higienização das Mãos

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social (centro de dia)

Km<sup>2</sup> - Quilómetro Quadrado

NLI - Núcleo Local de Inserção

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção

PP - Precauções Padrão ou Básicas

RCEEECS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

RSI - Rendimento Social de Inserção

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SABA - solução antisséptica de base alcoólica

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UC – Unidade de Competência

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade “*Flor-de-sal*” (Nome fictício)

UCSP – unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF S – Unidade de Saúde Familiar S

USF V- Unidade de Saúde Familiar V

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

### HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NAS ASSISTENTES OPERACIONAIS - UMA MELHORIA NOS CUIDADOS.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde podem ser evitadas através da higienização das mãos. O enfermeiro é responsável pela capacitação e empoderamento da comunidade. A formação é essencial para promover aquisição de competências, aumentar a produtividade e a qualidade dos cuidados prestados.

O recurso à revisão sistemática da literatura orientada pela questão: **“Como promover a prevenção de infecções nos cuidados prestados pelas assistentes operacionais?”** revelou estratégias para a capacitação.

Tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde foi elaborado o diagnóstico de enfermagem segundo o Modelo Conceptual de Betty Neuman, “ameaça à linha de defesa das assistentes operacionais, relacionada com stressores intrapessoais por défice de conhecimentos e de formação”.

A operacionalização do projeto **“Capacitar Para Cuidar”** através da realização de sessões de formação contribuiu para a capacitação das assistentes operacionais, na melhoria dos cuidados prestados, aquisição de competências pessoais e profissionais, adequadas à atividade profissional.

**Palavras-chave:** Infecção, Assistentes Operacionais, Higienização das Mãos, Equipamentos de Proteção Individual, Promoção da Saúde

## **ABSTRACT**

### **HAND HYGIENIZATION AND USE OF PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT IN OPERATIONAL ASSISTANTS - AN IMPROVEMENT TO CARE.**

Infections Associated with Health Care can be prevented through hand hygiene. The nurse is responsible for training and empowering the community. Training is essential to promote the skills acquisition, increase productivity and the quality of care provided.

The use of systematic literature review guided by the question: "How to promote the prevention of infections in the care provided by operational assistants?" revealed strategies to training.

Based on the Health Planning methodology, the nursing diagnosis was elaborated according to Betty Neuman Conceptual Model "threat to the line of defense of operational assistants, related to intrapersonal stressors due to lack of knowledge and training".

The operationalization of the project "Empower to Care", through training sessions contributed to the training of operational assistants in the improvement of the care provided, acquisition of personal and professional skills, appropriate to the professional activity.

**Keyword:** Infection, Operational Assistants, Hand Hygiene and Personal Protective Equipment and Health Promotion

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE</b> .....	<b>17</b>
1.1- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	17
<b>2 – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>19</b>
2.1 - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	19
2.2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	21
2.3 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL .....	25
2.4 – ASSISTENTE OPERACIONAL .....	27
2.5 - CAPACITAÇÃO DAS ASSISTENTES OPERACIONAIS.....	29
2.6 – MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN .....	32
<b>3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>36</b>
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	37
<b>3.1.1 - Diagnóstico de Enfermagem Comunitário com base no Modelo Teórico de Betty Neuman</b> .....	<b>38</b>
3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	39
3.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS .....	40
3.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....	41
<b>3.4.1- Prática Baseada na Evidência: Scoping Review</b> .....	<b>42</b>
3.4.1.1- Protocolo de Pesquisa.....	42
3.4.1.2- Análise dos Resultados da Revisão Sistemática de Literatura .....	43
3.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	44
3.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	45
3.7- EXECUÇÃO .....	46
3.8- AVALIAÇÃO.....	48
<b>4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO</b> .....	<b>51</b>
<b>5 - ANÁLISE CRÍTICA E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>52</b>
<b>6- CONCLUSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>59</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>63</b>
ANEXO I – Projeto de estágio .....	64
ANEXO II – Autorização do Diretor Executivo .....	89
ANEXO III – Guião de entrevista as Diretoras Técnicas dos Centros de Dia .....	91
ANEXO IV - Consentimento informado para as entrevistas as Informantes chave .....	93
ANEXO V - Análise de Conteúdo das Entrevistas .....	95

ANEXO VI - Resposta da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém .....	99
ANEXO VII - Resposta para a utilização do questionário.....	101
ANEXO VIII - Consentimento informado para preenchimento do questionário.....	103
ANEXO IX - Questionário Higienização das Mãos .....	106
ANEXO X – Dados resultantes do questionário.....	112
ANEXO XI - Apreciação do grupo populacional segundo Betty Neuman .....	130
ANEXO XII - Scoping Review RSL .....	134
ANEXO XIII - Plano de Formação .....	161
ANEXO XIV - Apresentação em power-point da sessão de formação.....	166
ANEXO XV - Grelha de avaliação pelos formandos .....	175
ANEXO XVI - Resultados da avaliação pelos formandos .....	178
ANEXO XVII - Registo de assiduidade .....	181
ANEXO XVIII - Folheto Higienização das Mãos.....	183
ANEXO XIX - Certificado de Participação.....	186
ANEXO XX - Diapositivos de apresentação do Seminário Intercalar .....	188
ANEXO XXI - Diapositivos de apresentação do Seminário Final.....	195

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram os conteúdos transmitidos uteis para a prática” .....	49
Gráfico 2 - Indicador de resultado “% de formandos que adquiriam conhecimentos para o desempenho profissional” .....	50
Gráfico 3 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram haver alterações provocada pela formação no local de trabalho” .....	50
Gráfico 4 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram útil a componente prática da ação de formação” .....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho de X Fonte: CMX (2019).....	17
---	----

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Contributos da <i>Scoping Review</i> .....	46
Quadro 2 - Sessão de Formação.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b> 47
Quadro 3 - Avaliação dos Indicadores de Atividade e Resultado ....	<b>Erro! Marcador não definido.</b> 49

## INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade “Flor-de-Sal” (nome fictício, atribuído por questão de protecção de dados) do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria (ACES Lezíria), durante os meses de junho a dezembro 2020. Conforme preconizado para este estágio, a intervenção na comunidade foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) e a obtenção do grau de Mestre.

Ao longo deste relatório procura-se dar visibilidade aos seguintes objetivos: analisar situações de saúde/doença na comunidade; desenvolver estratégias de intervenção baseadas na melhor evidência com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas; avaliar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Em relação aos objetivos pessoais para este relatório, procura-se que este documento traduza o trabalho desenvolvido e que a futura reflexão sobre o mesmo permita reforçar e colocar em prática as competências adquiridas no âmbito da enfermagem comunitária, nomeadamente através da implementação do projeto de intervenção comunitária na Unidade de Saúde da Comunidade, de forma a promover uma maior visibilidade da profissão de enfermagem e da sua importância para a obtenção de ganhos em saúde.

A literatura evidencia que a higienização das mãos é parte integrante das precauções básicas no controlo de infeções. As mãos contaminadas são o veículo mais comum na transmissão de infeção e a higienização das mãos constitui uma medida simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as infeções em todo o mundo (DGS, 2010).

Tais factos colocam o EEECSPP como agente privilegiado na promoção da higienização das mãos, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, consciencialização, negociação, promoção da higienização das mãos através da educação/formação.

Após a recolha de dados e com base na priorização das necessidades, decidiu-se intervir no diagnóstico de enfermagem comunitária: Risco de Infecção por *deficit* de conhecimento na higienização das mãos e utilização de equipamentos proteção individual (EPI) pelas assistentes operacionais (AO) dos Centros de Dia do Concelho X.

O diagnóstico evidenciou necessidades formativas em diversas áreas, tendo sido identificadas pela UCC e corroboradas pelas diretoras técnicas dos centros de dia através da realização de entrevistas.

Foi através das necessidades formativas das assistentes operacionais dos Centros de Dia, que se desenvolveu o projeto de intervenção, dirigido às assistentes operacionais (população alvo), designado “Capacitar para Cuidar” com o intuito de capacitar este grupo na higienização das mãos aumentando o conhecimento relativo ao tema.

O estágio de intervenção comunitária e o diagnóstico de enfermagem comunitário teve como guia orientador o modelo concetual de Betty Neuman. Este modelo apresenta-se dinâmico, flexível e global, e garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica. Recorreu-se à prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review*, partindo da questão “Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados pelas assistentes operacionais?”.

As atividades realizadas basearam-se na metodologia do planeamento em saúde e convergiram para a aquisição das competências específicas do EEECS. De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (RCEECSP), este deve centrar a sua prática na comunidade, identificar as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) e desenvolver programas e projetos de intervenção para a capacitação das comunidades. Assegura ainda o estabelecimento da articulação com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários conducentes a cuidados de saúde eficazes (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro refere-se à contextualização do estágio, onde consta a caracterização da UCC. No segundo capítulo é apresentada a concetualização teórica da temática, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária a realizar. Este capítulo compreende também o modelo teórico adotado. O terceiro capítulo, planeamento em saúde, compreende a metodologia adotada, onde surge a descrição das várias etapas. Consta ainda neste capítulo a *Scoping Review* efetuada que procurou obter a melhor evidência científica da temática em análise. Por último, apresenta-se ainda neste capítulo, o projeto de intervenção comunitário implementado e a

avaliação do mesmo. O quarto capítulo descreve sucintamente as atividades que foram realizadas na UCC paralelamente à implementação do projeto de intervenção. No quinto desenvolve-se a análise crítica e reflexiva de todo o trabalho desenvolvido e no sexto capítulo apresenta-se a conclusão.

## 1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Este capítulo compreende a caracterização do local de estágio, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade localizada no Concelho X.

### 1.1- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Este estágio decorreu na UCC “Flor-de-sal”, que se encontra localizada na sede do antigo Centro de Saúde, juntamente com outras unidades de Saúde (USF S, USF V e UCSP), inserida no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria pertencente à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), tendo como área de abrangência o município de X, com uma área de 272 km<sup>2</sup>. O concelho é composto por 6 Freguesias e 4 Uniões de Freguesias (CMX, 2019).



Figura 1 - Mapa do concelho de X Fonte: CMX (2019)

A UCC tem como missão a prestação de cuidados integrados e sustentáveis, adequados às características da população de proximidade, centrada no respeito pelas necessidades, dignidade e direitos do cidadão e assente nas melhores práticas clínicas com o objetivo de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho. Como valores, esta unidade orienta-se pelos seguintes princípios:

conciliação, cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia, articulação, parcerias com as estruturas da comunidade local, avaliação e gestão participativa (UCC, 2019).

De acordo com dados do SINUS (Sistema de Informação Nacional das Unidades de Saúde), em abril de 2019, estavam inscritos 21070 utentes no Centro de Saúde, população abrangida pela UCC (UCC, 2019).

Esta unidade articula-se com as outras unidades funcionais e participa igualmente em programas e parcerias comunitárias tais como: Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), Rede Social, Núcleo Local de Inserção (NLI) e Rendimento Social de Inserção (RSI) (Adaptado de Plano de Ação 2016, UCC, 2019).

A UCC possui na sua equipa multidisciplinar 8 enfermeiros, entre os quais 6 são enfermeiros especialistas (1 em Saúde Pública, 2 em Saúde Comunitária, 1 em Saúde Materna e Obstétrica, 1 em Saúde Mental e 1 em Reabilitação), na equipa constam ainda 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga, 1 assistente técnica e 2 assistentes operacionais (Adaptado de Plano de Ação 2016, UCC, 2019).

Relativamente aos programas da carteira de serviços da UCC, esta abrange os seguintes: Programa Nacional de Promoção de Saúde em Crianças e Jovens (integra a intervenção precoce, a comissão de proteção de crianças e jovens em risco e a visita domiciliária ao recém-nascido); Programa Nacional de Saúde Escolar (integra o programa de saúde individual e coletiva, inclusão escolar, estilos de vida, ambiente e saúde, promoção da saúde e literacia em saúde e o gabinete de atendimento a adolescentes); Preparação para a parentalidade (integra o curso de preparação para o nascimento, a recuperação pós parto e gabinete de apoio à nova família); Visitação Domiciliária (integra a ECCI e a VD a dependentes/continuidade de cuidados); Programa Nacional de Luta Contra as Desigualdades em Saúde (integra a rede nacional, participando no Concelho Local de Ação Social (CLAS) e Núcleo Local de Inserção (NLI) do Concelho); Programa de Reabilitação/Fisioterapia (integra classes para melhorar o estado de saúde, perceção de risco de queda e equilíbrio, classes de movimento); Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental (integra a rede de referenciação do doente mental, intervenção familiar, promoção da saúde mental infantil e juvenil e alteração da perceção da imagem corporal) (UCC, 2019).

## 2 – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática, baseados na revisão da literatura que pretende fundamentar as intervenções desenvolvidas no projeto de intervenção comunitária. Pretende-se que seja um contributo para a compreensão do trabalho desenvolvido.

### 2.1 - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O ser humano mantém inter-relações com os outros seres vivos, que coabitam o planeta, formando assim, um conjunto de comunidades ecológicas que, apesar das suas particularidades distintas, exercem influências recíprocas no meio ambiente. Neste contexto, a necessidade de viver de modo saudável, implica a capacidade de oscilar, de forma equilibrada, entre a adoção de comportamentos de individualidade e domínio, paralelamente à adaptação e à flexibilidade relacional exigida para a integração harmoniosa no meio microbiano envolvente. Neste encadeamento, Fernandes (2008) considera que as infeções representam uma forma desarmoniosa da relação do homem com o meio microbiano.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção (PNCI) introduziu o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), que é definido como infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS, 2007).

O conceito de IACS é abrangente uma vez que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Este conceito confere ênfase ao assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde: cuidados primários, hospitalares e continuados, para a identificação destas infeções a fim de se reduzir o risco de infeção cruzada (DGS, 2007). Segundo a mesma fonte, as IACS são um problema com grande evidência tanto em Portugal como no mundo.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, (2007, p.7) define IACS como, “(...) infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção, e que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e,

que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde”.

As IACS constituem um problema de saúde, devido à elevada morbilidade/mortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados e porque a prevenção é possível, deve ser uma componente de qualquer programa de segurança do doente. Segundo Plano Nacional de Controlo de Infeção da DGS (2010, p.79) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde.”

É fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados ao utente, existam ações que atuem simultaneamente, quer na prevenção, quer no controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Este conjunto de ações e recomendações, aos quais se dá o nome de Precauções Básicas e Isolamento, constituem os alicerces do controlo de infeção, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a segurança dos utentes (Pina *et al*, 2010).

Segundo a DGS (2010), a infeção é uma complicação frequente nos cuidados de saúde, com grande impacto no utente e nos serviços de saúde. Esta complicação é evitável com a adoção de precauções básicas e com o cumprimento de procedimentos simples, mas bastante eficazes, como a higienização das mãos.

A Prevenção e Controlo da IACS centra-se em 4 estratégias fundamentais:

- 1) Participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica;
- 2) Participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade;
- 3) Liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção;
- 4) Capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e controlo da infeção (OE, 2011).

A *World Health Organization* (2002) salienta que a prevenção das IACS é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, que devem trabalhar em cooperação reduzindo o risco de infeção nos doentes e nos profissionais. A prevenção inclui, profissionais que prestam cuidados diretos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos. Neste contexto a OMS defende que os programas de controlo de infeção são eficazes desde que sejam

abrangentes e incluem atividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais. As precauções básicas como isolamento e outras barreiras de proteção devem ser claramente estabelecidas em normas escritas, padronizadas e adaptáveis aos agentes infecciosos e aos doentes.

As Precauções Padrão ou Básicas (PP) são estratégias de primeira linha, para o controlo de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Estas estratégias devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. São aplicadas a todas as pessoas em contato com os doentes em todos os locais de prestação de cuidados de saúde, seja qual for o diagnóstico ou a suspeita de diagnóstico. São consideradas Precauções Básicas:

1. Colocação de 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 (DGS, 2013).

## 2.2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos faz parte das Precauções Básicas. As mãos contaminadas dos profissionais são o veículo comum na transmissão de agentes infecciosos. A higienização das mãos é uma medida simples, acessível, rápida e é uma das medidas principais para reduzir as IACS. Contudo a adesão à prática da higienização das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde. Os profissionais lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há restrição de tempo e mais trabalho, a adesão pode atingir apenas 10% (Pina *et al*, 2010).

A preocupação com a higiene na prestação de cuidados remonta ao séc. XIX. Em 1844 Florence Nightingale defendia uma melhoria das condições de higiene nos cuidados prestados aos utentes. Durante a Guerra da Crimeia liderou uma equipa que otimizou as condições

sanitárias dos hospitais militares promovendo uma melhoria nas condições sanitárias (WHO, 2009).

Em 1847, o médico Húngaro Ignaz Philippe Semmelweis, (1818-1865), conseguiu produzir a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão de febre puerperal. Semmelweis defendia a assepsia e obrigava a lavagem das mãos antes do parto, como forma de evitar a contaminação das parturientes com microrganismos provenientes das mãos dos estudantes de medicina e dos próprios médicos (WHO, 2009).

Em pleno Século XXI, tantos anos após a formulação das hipóteses de Semmelweis, ainda há resistência à técnica e ao hábito da lavagem das mãos. A experiência de Semmelweis deu-nos a certeza da importância da higienização das mãos para a prevenção das infeções, porém as dificuldades foram imensas até conseguir provar e chegar a essa conclusão (WHO, 2009).

Em 2002, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) definiu um protocolo para a higienização das mãos designado por *“Hand Hygiene in Health Care Settings”* a partir da revisão de estudos realizados sobre higienização das mãos desde 1985. Este protocolo forneceu recomendações gerais e específicas aos profissionais sobre as práticas de higienização das mãos, para a promoção da melhoria dessas práticas e redução da transmissão cruzada de microrganismos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, através da World Alliance for Patient Safety no seu 1º desafio *“Clean Care is Safer Care”* produziu orientações e estratégias para o aumento da adesão dos profissionais à higienização das mãos. Este desafio foi lançado em 2005 e teve como objetivo principal *“...reduzir a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros...”* (DGS, 2010, p.5).

A Direção Geral da Saúde (DGS), por meio da Aliança Mundial para a segurança do paciente (OMS) dedicou esforços na elaboração de diretrizes e estratégias na implantação de medidas visando à adesão à prática da higienização das mãos, onde:

- Dezenas de unidades de saúde pública e privadas, de todo o país, aderiram formalmente e foi investido muito dinheiro em material promocional e em formação.
- Emanou Circulares Normativas relativas à organização das atividades de prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde, responsabilizando os Órgãos de Gestão, para a criação de Comissões de Controlo de Infeção (CCI).

- Foram realizadas formações de carácter obrigatório, de modo a capacitar todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base no Modelo “5 Momentos para a Higienização das Mãos”.
- Foram afixados lembretes nos locais de trabalho para alertar e recordar os profissionais sobre a importância da higienização das mãos, as indicações e procedimentos adequados a realizá-la.

Todavia ainda se mantém alguma resistência à HM, por diferentes motivos. Salavessa e Uva (2007), defendem que a adesão à HM passa por uma decisão do profissional, influenciada por vários fatores como: as suas características individuais, crenças, atitudes, competências, experiências, entre outros. Estudos revelam que a adesão dos profissionais a esta prática de forma constante e rotineira ainda é deficiente.

Segundo a DGS (2010, p.4), “A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.” Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos em 2009, foi de 46,2%, subindo para 68% após a implementação das campanhas. Neste sentido é importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção (DGS, 2010).

A transmissão de microrganismos através das mãos entre profissionais e utentes é uma realidade incontornável, dando origem a infeções indesejáveis na prestação de cuidados. Essa transmissão requer uma cadeia lógica de cinco eventos sequenciais:

- 1) Os organismos estão presentes na pele do doente, ou estão depositados nos objetos inanimados próximos do doente ou ambiente envolvente do mesmo;
- 2) Os organismos têm de ser transferidos para as mãos dos profissionais de saúde;
- 3) Os organismos têm de ser capazes de sobreviver pelo menos alguns minutos nas mãos dos profissionais de saúde;
- 4) A higiene das mãos dos profissionais de saúde entre contactos foi inadequada ou omitida, ou o agente utilizado para a higiene das mãos era inadequado ou estava contaminado;
- 5) As mãos contaminadas dos profissionais de saúde entram em contacto direto com outro doente, ou indiretamente, através de objetos inanimados que vão entrar em contacto direto com o doente (DGS, 2010).

A OMS sugere a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional, constituída por uma abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos. Os elementos chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higienização das mãos de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados (DGS, 2010).

Portugal adere à metodologia da campanha da higienização das mãos proposto pela OMS, onde foi adotado o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” que são as cinco indicações para a HM, constituindo os pontos de referência temporais fundamentais para os profissionais de saúde:

- 1) Antes do contacto com o doente;
- 2) Antes de procedimentos limpos ou assépticos;
- 3) Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- 4) Após contacto com o doente;
- 5) Após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2010).

O referido modelo designa os momentos em que é fundamental a HM de modo a interromper de forma eficaz a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2010).

A higienização das mãos (HM) tem sido fundamental no controlo e prevenção das IACS e é essencial que seja realizada. Esta atitude promove e aumenta a segurança nos cuidados prestados, todos os profissionais de saúde devem respeitar as normas, protocolos ou programas que visem uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Em conformidade com a DGS (2010) a HM é considerada uma das medidas mais simples e efetivas na diminuição das IACS, contribuindo deste modo para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes, pelo que está indicada sempre que exista risco de transmissão durante a prestação de cuidados. As unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática da HM, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção.

### 2.3 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

As IACS são evitáveis na maioria das vezes, se houver interferência na cadeia de transmissão dos microrganismos. A interrupção dessa cadeia pode ser concretizada através de medidas eficazes como a Higienização das Mãos e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

A DGS reforça a ideia de que cada profissional tem a responsabilidades de escolher as barreiras protetoras mais adequadas tendo em conta o tipo de contato previsto. Estas têm o objetivo de interferir na cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infeção, sendo indicado como necessário: adequar as barreiras protetoras aos procedimentos; cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas; formar e treinar profissionais e educar os doentes e visitas para a seleção das barreiras (DGS, 2007).

Deste modo a escolha do EPI dependerá sempre do risco de exposição a fluidos orgânicos que se prevê para cada cuidado de saúde. Assim é realizado uma avaliação prévia do procedimento e dos riscos inerentes para profissional e para o utente. Existem princípios básicos para que as assistentes operacionais não sejam mais um elo na transmissão de infeção. O EPI deve ser colocado imediatamente antes do contato com o utente para proteger o profissional como também o utente, dos microrganismos vindos de outros utentes e do ambiente. O EPI deve igualmente ser retirado logo após utilização de modo a evitar a transmissão de microrganismos do próprio utente e do seu ambiente para outra área da instituição e para outro utente (DGS, 2007).

Os EPI representam um recurso valioso na prevenção da transmissão de infeção e de riscos ocupacionais. Fazem parte dos EPI: as luvas, batas ou aventais, protetores da face (óculos, mascaras simples ou com viseira e respiradores).

Com objetivo de quebrar a cadeia de transmissão, as luvas devem ser trocadas nos cuidados entre doentes e em procedimentos diferentes, sempre que se passa de um local contaminado para um local limpo. Na sua utilização, estas devem ser colocadas por último quando são usadas em conjunto com outro EPI e retiradas imediatamente após terminar a tarefa, sendo as primeiras a ser retiradas (DGS, 2014).

A utilização de luvas não substitui a higienização das mãos. Se o uso de luvas impedir o cumprimento da higienização das mãos no momento correto, vai representar um fator de risco major para a transmissão cruzada das IACS e para a disseminação de microrganismos pelo ambiente (Pina *et al*, 2010).

O uso de batas ou aventais de proteção tem como objetivo proteger a pele e prevenir a contaminação da roupa do profissional, na prestação de cuidados diretos ao doente, em

procedimentos que possam gerar salpicos de sangue ou de outros fluidos, ou existência de microrganismos multirresistentes (Pina *et al*, 2010). São também colocados quando há necessidade de barreira contra a penetração de fluidos, ou seja, tendo em conta a sua impermeabilidade. Este equipamento depois de utilizado deverá ser removido imediatamente após o procedimento, sendo de uso único e realizada a higienização das mãos higienizadas de forma a evitar infeções cruzadas e a contaminação de equipamentos e superfícies, como já foi referido anteriormente.

A máscara foi concebida para proteger o utente do exterior, enquanto o respirador foi inicialmente desenvolvido para proteger o cuidador. Contudo o uso das máscaras e óculos tem como objetivo para além de proteger os utentes da libertação potencial de partículas contendo microrganismos, também salvaguardando o prestador de cuidados de saúde contra a exposição mucocutânea de gotículas e salpicos (Pina *et al*, 2010).

Os respiradores são indicados para proteger o prestador de cuidados de saúde, evitando a inalação, transmissão de aerossóis e de partículas reduzidas enquanto cuida do utente.

As assistentes operacionais devem estar cientes das consequências da exposição sem proteção, os motivos da utilização dos EPI e as vantagens que daí advêm. Assim relativamente ao uso dos EPI, as assistentes operacionais devem adequar as intervenções que englobam contato direto com sangue e fluidos corporais. A aceitação da utilização dos EPI depende sempre da decisão individual do profissional que pode ser influenciada por vários fatores como: as suas características individuais, crenças, atitudes, competências, experiências, entre outros (Salavessa e Uva, 2007).

Nos programas de controlo de infeção, é realçada a importância da formação enfatizando a relevância do trabalho de conteúdo sobre a perceção de riscos. Desde modo a perceção de risco é um conteúdo que deve ser inserido nas ações de formação, sendo que a forma como o profissional percebe o risco está diretamente relacionada com as medidas que ele utilizará para se proteger. Assim as intervenções incluídas no programa de controlo de infeção devem contemplar estratégias para mudanças de comportamento de risco dos profissionais entre outras medidas (Porto e Marziale, 2016).

Por esse motivo alguns autores defendem o uso de feedback do risco percebido pelos prestadores de cuidados de saúde (AO) durante a formação teórico-prática para avaliação de conhecimentos no sentido de aumentar adesão às medidas preventivas (Sridhar *et al*, 2016).

Assim, a adesão às Precauções Básicas é um processo dinâmico, mediado pelas crenças (perceção da suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras) como pelas outras variáveis, que podem ser internas ou externas ao profissional. Assim, para construir um programa de

controlo de infeção eficaz e sólido e aumentar a adesão ao uso dos EPI mais especificamente, devem-se analisar todos os fatores determinantes, intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de trabalho e promover a valorização profissional (Neves *et al*, 2011).

#### 2.4 – ASSISTENTE OPERACIONAL

Em Portugal existem muitas designações de cuidadores formais como, por exemplo, ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, ajudantes de ocupação, assistentes operacionais, entre outros (Sousa, 2011).

O cuidador é definido, segundo Bidarra (2010), como todo aquele que exerce a função de cuidar classificando-o, de acordo com os papéis executados, como formal ou informal. Os cuidadores formais são profissionais com competência técnica e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem global nos cuidados prestados.

Na bibliografia consultada há poucas referências às Assistentes Operacionais (AO) das IPSS, partindo-se do princípio de que são profissionais não diferenciados que prestam cuidados sem a orientação de um técnico superior de saúde, trabalhando apenas sob a orientação da instituição. As AO no domicílio tem competências para ajudarem nas atividades da vida diária; auxiliar na medicação prescrita; auxiliar na deambulação e mobilidade; otimizar o ambiente para que este seja seguro, otimizar o acesso a dispositivos de ajuda; proporcionar conforto físico e psíquico; estimular o relacionamento e contacto com a realidade e levar o idoso a participar em atividades recreativas e sociais, e vigiar o aparecimento de possíveis alterações do estado de saúde (Souza *et al*, 2005).

O Dec. Lei nº 414/99 de 15 de outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social definiu a atividade de trabalho das assistentes operacionais. Segundo esta legislação, o conteúdo funcional do Cuidador Formal, pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o transporte de alimentos e outros itens, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, a medicação previamente prescrita ao utente, acompanhamento de idosos em deslocações e outras tarefas não especificadas. Determina ainda a idade mínima de 18 anos e a escolaridade mínima obrigatória para o ingresso na profissão. A progressão na carreira prevê a frequência, com aproveitamento de um mínimo de 700 horas de formação profissional específica.

As AO são profissionais contratadas, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou na instituição, habilitadas para desempenhar tarefas, que incluem conteúdos inerentes ao exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sousa, 2011).

Nas IPSS (centros de dia), nos serviços destinados à população idosa, as AO cuidam dos utentes segundo regras estabelecidas e orientações específicas de cada instituição. Usualmente, os objetivos centrais são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do utente, prestar cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais. Prestam cuidados como a higiene (banho), muda de fralda, alimentação, posicionamento e transporte de utentes (Sousa, 2011).

As AO têm pouca escolarização, alguma formação específica e uma baixa remuneração. A soma de todos estes fatores afeta a qualidade do desempenho e conduz à desmotivação, influenciando negativamente a prestação de cuidados ao utente (Sousa, 2011).

A sociedade está em constante transformação, torna-se essencial a atualização dos conhecimentos. Deste modo a formação contínua contribui para o aperfeiçoamento da formação já existente, facilitando a tomada de decisões na vida profissional.

Na prática profissional há necessidade de formação contínua. A formação articula o suporte teórico com a forma de trabalhar (saber fazer). Na formação contínua e no trabalho deve haver uma interação constante. É um processo contínuo que permite ao indivíduo estar atualizado e prestar um ótimo serviço para a instituição, criando-se uma valorização pessoal e institucional (Sousa,2011).

Segundo Sousa (2011), tem existido uma falha ao nível da formação destes profissionais e este facto não constitui uma prioridade para os governantes. Para que haja qualidade nos cuidados prestados aos utentes é importante haver investimento na formação e na valorização profissional.

A formação profissional contínua é um fator importante para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, bem como das organizações. Este desenvolvimento auxilia na adaptação às inovações, provenientes de um mundo em constante mudança e possibilita uma melhoria do seu desempenho, que se traduz na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2003).

Sousa (2011, p.29) refere que “a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por fatores comuns a outras áreas”, como são a escassez ou ausência de oferta formativa direcionada, escassez ou inexistência de quadro técnico das instituições que dê respostas formativas, número reduzido de funcionários para o volume de trabalho, pouca motivação dos

funcionários para formação pós-laboral, órgãos de gestão com pouca sensibilidade para a importância da formação e falta de formadores com preparação técnico pedagógica na área.

As instituições são confrontadas com exigências cada vez maiores e por isso, é necessário melhorar as qualificações dos funcionários. A formação nas instituições direciona-se para as necessidades da instituição, dos funcionários e da população alvo. Neste sentido, a formação deve estar sempre a ser atualizada, reciclada e deve ser realizada no contexto de trabalho. A formação neste contexto fomenta o desenvolvimento de novas competências, condicionando e promovendo as possibilidades formativas, desempenha uma ação socializadora e contribui para a construção das identidades profissionais.

Formação profissional ou formação no seu contexto geral significa um conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade económica. Jacob (2002) define formação profissional como ato de transmissão de conhecimentos teóricos, prático e relacionais, por parte de um especialista para um aprendiz, que permite a este iniciar ou evoluir numa determinada profissão ou função. Só com formação coerente e coordenada é possível atingir os patamares de qualidade e competitividade atualmente exigidos. O mesmo autor refere que as profissões sociais, como é o caso dos cuidadores são exceção. Estes trabalhadores necessitam de formação inicial e contínua que lhes dê competências e saberes para servir melhor os utentes. Como é uma profissão de forte cariz relacional, o saber-ser e saber-estar são fulcrais para um bom desempenho profissional.

## 2.5 - CAPACITAÇÃO DAS ASSISTENTES OPERACIONAIS

A Ordem dos Enfermeiros (2005) defende a abordagem multidisciplinar ou transdisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de uma população ou comunidade.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 80º, alínea a), refere que a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade se centra na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”. Por isso é necessário que o enfermeiro identifique as necessidades utilizando os instrumentos adequados. A alínea c) menciona a colaboração do enfermeiro com outros profissionais de saúde em programas que correspondam às necessidades da comunidade, envolvendo nesta colaboração os fatores que

podem influenciar a saúde, tais como os fatores psicológicos, sociais, económicos ou ambientais (OE, 2005).

Stanhope e Lancaster (2011) evidenciam que as estratégias mais eficazes para atingir esses objetivos, passam por estabelecer parcerias entre organizações, profissionais e utentes.

Loureiro e Miranda (2010, p.135) referem que “melhorar a literacia em saúde significa dar poder aos cidadãos para assumirem responsabilidade pelos seus comportamentos, em prol de uma melhor qualidade de vida”. Torna-se, assim, fundamental desenvolver medidas que contribuam para aumentar a literacia e cidadania em saúde. A necessidade de nos focarmos na promoção da saúde, nos estilos de vida e na prevenção da doença, tem como objetivo o desenvolvimento de comunidades saudáveis.

Estes ideais têm sido alvo de preocupação por parte das organizações de saúde desde há algum tempo. Da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários resultou a Declaração de Alma-Ata que tinha como meta a “Saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração apelou à responsabilidade dos governos, organizações supranacionais e comunidade internacional para a implementação e colaboração na organização dos Cuidados de Saúde Primários como elemento chave na “Saúde para Todos” (OMS, 1978). Foi atribuída aos Cuidados de Saúde Primários uma grande importância resultante da forma continuada e de proximidade com e para as populações, constituindo-se assim como um pilar de segurança e autoconfiança para as mesmas.

Na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, foi elaborada a Carta de Ottawa, onde é explícito a necessidade de capacitar as pessoas para o controlo dos fatores determinantes da sua saúde, através de intervenção comunitária e da promoção da saúde (Instituto de Administração da Saúde, 2018; Graça, 2015).

Na Carta de Ottawa a promoção da saúde está interligada com a qualidade de vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria. Está também relacionada com um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersectoriais implicando uma responsabilização conjunta (OMS, 1986).

A Lei de Bases da Saúde em Portugal (1990) destaca a promoção da saúde e a prevenção da doença como uma prioridade do governo, confirmando a responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado na proteção da saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto).

A necessidade de envolver cidadãos, sociedade e governos na promoção da saúde, em que lhes é atribuída uma crescente responsabilização nas estratégias e políticas desenvolvidas nesta área, tem sido evidenciada ao longo das conferências realizadas pela OMS (Alma-Ata,

1978; Ottawa, 1986; Sundsvall,1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsínquia, 2013 e Xangai, 2016). Por outro lado, tem existido um investimento na literacia em saúde e na capacitação comunitária, conduzindo os indivíduos e comunidades a assumir um papel ativo e participativo na sua saúde.

O conceito de capacitação comunitária emergiu da necessidade de tornar o cidadão responsável pela sua saúde e conhecedor de que o seu comportamento e escolhas influenciam a sua saúde e a saúde da comunidade.

A capacitação comunitária permite aos cidadãos uma participação ativa nas decisões e gestão dos assuntos da comunidade e, em particular, no que respeita a si mesmo. Capacitar os cidadãos é dar-lhes o poder para decidir.

A educação para a saúde surge como parte integrante das atividades de enfermagem, promovendo a capacitação dos indivíduos e comunidades, a humanização dos cuidados e o reforço da cidadania (Loureiro e Miranda, 2010).

A formação em saúde associada a outras estratégias, sobretudo uma boa governança ou aperfeiçoamento dos contextos sociais e económicos em que vivem, trabalham ou se divertem, pode ter um papel determinante em termos de promoção da saúde.

O governo deve desenvolver políticas saudáveis, onde os cidadãos devem participar, na adoção de comportamento saudáveis e converterem-se em agentes de mudança nas suas comunidades (Loureiro e Miranda, 2010).

A enfermagem deve ser promotora da mudança, auxiliando as pessoas e comunidades a tentar tirar benefício do seu estado de saúde.

A formação em saúde faz parte das práticas de enfermagem, podendo ser desenvolvida em diferentes contextos e, principalmente, na área dos cuidados de saúde primários.

A educação ou formação devem adaptar-se constantemente às mudanças da sociedade e do contexto, sem negligenciar as vivências, os saberes básicos e os resultados da experiência humana (Delors *et al*, 2010). Em concordância com esta perspetiva, que para formar não basta transmitir informação, Dias (2004) refere que o processo formativo terá de ser facilitador da aprendizagem, deverá ser capaz de mobilizar as potencialidades do relacionamento interpessoal dos formandos de acordo com as diversas situações decorrentes do processo educativo, motivando os enfermeiros ou outros profissionais à procura de conhecimento específico, uma vez que o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não devendo ser imposto.

A Educação para a Saúde deve ser compreendida como a promoção da literacia em saúde, pelo que a sua finalidade educativa passa por: aumentar a consciencialização da

comunidade sobre a saúde dos seus membros, auxiliar na aquisição de conhecimentos e competências, promover atitudes face à saúde e promover valores de bem-estar e equilíbrio.

A Educação para a Saúde baseia-se em estímulos que moldam o comportamento dos indivíduos, para que estes adquiriram e preservarem hábitos saudáveis de saúde, aprendam a usar os serviços de saúde e a estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente decisões que impliquem uma melhoria do estado de saúde onde vivem (OMS, 1969).

Desta forma, a Educação para a Saúde deve ter um caráter formativo para que o processo cognitivo permita a modificação de comportamentos, tornando-se numa ação permanente, consciente, racional e voluntária.

A formação nas suas diversas modalidades poderá ser entendida como o conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão (Sousa, 2011). A formação constitui, deste modo, um alicerce para qualquer organização, existindo uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional.

A formação em saúde é essencial para que as AO promovam a aquisição de competências e saberes, pois enquanto atividade profissional, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do “saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional.

## 2.6 – MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

A enfermagem comunitária tem como uma das principais funções conhecer e compreender a comunidade como cliente, identificando as suas necessidades, problemas, forças e recursos.

O Modelo Teórico de Betty Neuman foi adotado por defender uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress (Neuman, 1995).

O modelo teórico de Betty Neuman, desenvolvido em 1970, também designado de Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, teve origem a partir das seguintes teorias: Gestalt, Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyle e a de Crise de Gerald Caplan (Pearson e Vaughan, 1992).

Este modelo baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os stressores e a resposta da pessoa aos mesmos. Este apresenta-

se como dinâmico, flexível e global, garante uma estrutura, organização e orientação, para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995 citado por Pereira, 2017).

Este modelo contém uma orientação para o bem-estar do cliente e uma perspectiva dinâmica de sistemas de energia em interação constante com o meio ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente é considerado como um dos elementos chave deste modelo, engloba as forças internas e externas que circundam o cliente, estabelecendo com ele uma ação recíproca de influências. Neuman identifica três tipos de ambiente: O ambiente interno relativo ao cliente enquanto sistema (intra- sistema), o ambiente externo que corresponde a tudo o que se encontra à volta e é exterior ao cliente (inter e extra- sistema), e o ambiente criado de natureza ativa que funciona como uma estrutura de segurança e manutenção da harmonia do sistema, este acaba por ser criado de forma inconsciente fazendo a ponte da energia do sistema com o ambiente interno e externo.

A organização do modelo teórico de Neuman contempla a existência de um núcleo central (pessoa, família, comunidade) protegido por linhas concêntricas (recursos de energia do núcleo). As linhas de resistência representam condições internas e são a última barreira face aos stressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa; se eficazes ajudam a restabelecer o estado normal de bem-estar (Martins, 2014). A linha normal de defesa corresponde ao estado normal de bem-estar e diz respeito às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representa o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. A rutura desta linha leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio no continuum saúde/doença. A linha mais externa, a de defesa flexível é uma proteção adicional às de defesa normal e resistência, tendo a função de amortecedor. Estas linhas, ao serem dinâmicas, permitem intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014). Assim, a pessoa sujeita a stressores necessita que as suas linhas de defesa sejam reforçadas para atingir o equilíbrio. É justamente sobre este aspeto que a enfermagem pode intervir de modo a identificar os problemas e a potenciar os recursos para atingir o reequilíbrio (Braga e Silva, 2011).

Pereira (2017), refere que o fortalecimento é necessário para que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao stress. Pode ainda desenvolver atributos inerentes ao empoderamento, num processo contínuo e numa relação de confiança.

Segundo o modelo, para identificar ou minimizar o impacto dos stressores, torna-se necessário delinear intervenções ao nível da prevenção: primária (as que ocorrem antes do contato com o stressor, visando a identificação de fatores de risco para prevenir possíveis reações), secundária (relativas ao diagnóstico e tratamento de sintomas, após a reação a fatores de stress, com o objetivo da reconstituição) e terciária (direcionadas para ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos) (Martins, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária ao reconhecer as variáveis que influenciam o cliente irá fundamentar as intervenções baseando-se no modelo de Betty Neuman (Braga e Silva, 2011).

Beddome (1995) alude que a comunidade é percebida sob dois focos de abordagem: a comunidade geopolítica como cliente ou o grupo populacional como cliente. Na primeira, a comunidade corresponde a um lugar, a uma área geográfica específica e delimitada; na segunda refere-se a grupos de indivíduos associados por características semelhantes tais como estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas.

Em ambas as abordagens, aplicam-se os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico do Modelo de Betty Neuman.

Segundo Beddome (1995), no grupo populacional como cliente, o contexto intrasistémico corresponde ao grupo de pessoas que possuem características comuns. Também em relação à comunidade geopolítica como cliente, o contexto intrasistémico é toda a população que reside dentro de uma região, ou seja, corresponde às pessoas. Neste contexto, a apreciação da pessoa/grupo ou comunidade é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). No que respeita aos contextos intersistémico e extrasistémico do grupo populacional ou da comunidade geopolítica como cliente, essa apreciação é efetuada a partir de oito subsistemas, designados: Educativo, Saúde e Segurança, Sociocultural, Comunicação e Transportes, Recreativo e Lazer, Político e Segurança, Económico e Religioso.

Nesta linha de pensamento, o grupo populacional abrangido pelo projeto são os assistentes operacionais (AO), ou seja, são o sistema cliente.

Este grupo populacional é composto maioritariamente por pessoas do sexo feminino (93 %), com idades compreendidas entre os 21 a 70 anos, sendo a média de 46 anos. A maioria é de nacionalidade portuguesa, à exceção de uma, de nacionalidade brasileira. As habilitações

literárias deste grupo são na maioria o 3º ciclo (43%), ensino secundário (25%), seguido do 1º ciclo (17,8%) e licenciatura (14,2%). A apreciação do grupo populacional com base neste modelo teórico encontra-se no Anexo XI.

### 3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública para intervir no estado de saúde de uma comunidade é o Planeamento em Saúde. Este é entendido como a racionalização do uso de recursos escassos, com vista ao cumprimento de objetivos fixados e à redução de problemas de saúde considerados prioritários, envolvendo a organização e coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para Stanhope e Lancaster (2011) o planeamento em saúde inclui a análise dos problemas da comunidade identificados no diagnóstico de enfermagem comunitário, a definição de prioridades e de objetivos e ainda a identificação de intervenções que permitam atingir os objetivos.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública identifica a primeira competência: “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 428/2018 da OE).

O planeamento em saúde estipula três fases: a elaboração, a execução e a avaliação. A elaboração contempla o diagnóstico de saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução. Segue a execução, fase em que é colocado em prática o projeto definido. Por fim, e não menos importante, a fase da avaliação onde se verifica se houve ganhos em saúde, havendo a possibilidade de redefinir etapas (Imperatori e Giraldes, 1993).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com base nas suas competências em planeamento em saúde, conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), facultando ganhos em saúde efetivos (OE, 2010).

Neste relatório, as etapas do planeamento em saúde realizadas no desenvolvimento do projeto são descritas nos próximos subcapítulos.

### 3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O EECCSP, como referido no RCEEECCSP, deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

O diagnóstico de situação é definido por Imperatori e Giraldes (1993) como a primeira etapa do planeamento em saúde. É nesta fase inicial que se determina a identificação de problemas de uma população e é o “ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori e Giraldes, 1993).

Com o desenrolar do estágio houve necessidade de executar o projeto de intervenção, que traduz o planeamento do percurso a realizar, com base nos problemas de saúde identificados na UCC, no sentido de integrar programas ou projetos de intervenção que promovam a capacitação comunitária, com o objetivo de atingir competências específicas enquanto futuro enfermeiro especialista de saúde comunitária e constituir deste modo um contributo para o local de estágio e comunidade abrangida.

Em reunião com a Enf.<sup>a</sup> Cooperante, tomou-se conhecimento dos programas e projetos em vigor na UCC. Houve necessidade de intervir na necessidade formativa das assistentes operacionais dos quatro centros de dia do concelho relacionada com a higienização das mãos (HM) e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI).

Em primeiro lugar realizou-se contato com as diretoras técnicas de cada um dos centros de dia com o intuito de avaliar as necessidades formativas das AO. Após confirmação por parte das diretoras técnicas em cooperar, e em reunião com a Enf.<sup>a</sup> Cooperante definiu-se que o levantamento das necessidades seria efetuado através de entrevistas semiestruturadas dirigidas as diretoras técnicas de cada centro de dia (consideradas informantes - chave). De realçar que duas das directoras técnicas prestam serviço na comunidade, juntamente com as assistentes operacionais, aquando de ausência de pessoal.

A escolha das diretoras técnicas para informantes-chave deveu-se ao fato de terem uma visão geral de todas as atividades realizadas pelas AO e a quem são reportadas as necessidades formativas. O guião da entrevista e respetivo consentimento de informado constam nos anexos (Anexo III) e (Anexo IV).

A participação no estudo foi de caráter voluntário, onde se preservou a confidencialidade e anonimato de todos que aceitaram participar.

A entrevista caracteriza-se por ser um método de colheita direta de dados da qual se obtém informação sobre os conhecimentos da comunidade, perceção das suas necessidades e dos seus objetivos. O tratamento dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas foi feito através da análise de conteúdo segundo Bardin (Anexo V).

A análise de conteúdo, enquanto método, consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2016). A criação de temas, categorias e subcategorias permitiu identificar as necessidades formativas das AO, as quais serviram de base à formulação do diagnóstico de enfermagem comunitário.

Todo processo levado a cabo junto de seres humanos acarreta sempre questões éticas. Estas colocam problemas decorrentes das exigências morais, pelo respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelo seu direito de viver livremente (Fortin, 2009). Assim para assegurar os princípios ético-morais deste estudo e para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados, as diretoras técnicas foram informadas sobre o objetivo do trabalho e assinaram o Consentimento Livre e Informado (Anexo IV).

Realizou-se igualmente um pedido de autorização à Direção do ACES Lezíria (Anexo II) e um pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém (Anexo VI) de forma a obter permissão para a realização do estudo, tendo ambos sido deferidos.

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no RCEEEECSP (2018): UC. 1.1 - “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”.

### **3.1.1 - Diagnóstico de Enfermagem Comunitário com base no Modelo Teórico de Betty Neuman**

A enfermagem comunitária tem como uma das principais funções conhecer e compreender a comunidade como cliente, identificando as suas necessidades, problemas, forças e recursos. A apreciação da comunidade implica a colheita de dados e a sua interpretação resulta numa lista de problemas e capacidades da comunidade. Cada problema precisa de ser identificado e apresentado sob a forma de diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem permite expor o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema (Stanhope e Lancaster, 2011).

Tendo em conta o contexto da intervenção foi importante a compreensão da comunidade, concretamente o grupo de assistentes operacionais (AO) (sistema cliente).

O diagnóstico de enfermagem comunitária foi elaborado, com suporte na terminologia CIPE. Este diagnóstico baseava-se no: “Risco de Infecção por *deficit* de conhecimento na

higienização das mãos e utilização de EPI pelas assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho”.

Concretizada a análise de conteúdo das entrevistas aos informantes-chave e com base no modelo conceitual de Betty Neuman formularam-se os seguintes diagnósticos: “Ameaça à linha de defesa das AO relacionada com stressores intrapessoais”, evidenciado por:

- Défice de conhecimentos em relação à higienização das mãos;
- Défice de formação em HM e EPI.
- Dificuldades na utilização de EPI;

Estes diagnósticos serviram assim de suporte à realização do projeto de intervenção, procurando responder às necessidades identificadas.

### 3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Esta etapa corresponde à escolha dos problemas a serem alvo de intervenção. Os critérios para a hierarquização dos problemas são: magnitude, transcendência, vulnerabilidade, natureza e grau de abstração (Imperatori e Giraldes, 1993).

A validação e hierarquização dos problemas demonstrou ser um momento importante. Tendo em conta os problemas identificados e os diagnósticos de enfermagem comunitária elaborados considerou-se pertinente que a intervenção se centrasse na área da higienização das mãos, sendo esta necessidade também sentida pelos Informantes-chave e corroborada pela Enfermeira Cooperante.

Assim, optou-se por dar relevo à problemática da higienização das mãos, com uma abordagem teórica e prática, através de ações de formação acerca da necessidade de adoção de comportamentos promotores de boas práticas na higienização das mãos e utilização EPI (com demonstração e execução dos vários passos na higienização das mãos).

Os Informantes-chave reportaram, aquando das entrevistas, necessidades formativas relacionadas com a utilização de EPI, que foram consideradas durante o desenvolvimento do projeto. Após a consolidação da temática da higienização das mãos abordou-se a questão da utilização de EPI, através de uma abordagem prática.

Considera-se que o enfermeiro tem um papel fundamental junto das AO, das instituições, pelo apoio e promoção no aumento de conhecimentos que pode proporcionar, para a prestação de cuidados com qualidade.

A realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: G1.2: “*Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade*” (RCEEEECSP, 2018).

### 3.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e da hierarquização dos problemas identificados, é essencial uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Posteriormente à priorização dos problemas são estabelecidos objetivos que conduzam à resolução dos mesmos.

O objetivo geral definido passa por **“Contribuir para a capacitação das assistentes operacionais na higienização das mãos e utilização de EPI, de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente e aumentar a protecção das assistentes operacionais”**, através do projeto de intervenção de enfermagem comunitária, de junho a dezembro de 2020.

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes:

- Promover junto da UCC a divulgação e objetivos do projeto;
- Estabelecer parcerias com outras unidades, entidades no sentido da promoção e divulgação do projeto;
- Divulgar o projeto e os seus objetivos a todos os Centros de Dia do Concelho de X;
- Realizar ações de formação acerca da necessidade de adoção de comportamentos promotores de boas práticas na higienização das mãos e utilização de EPI.
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.

Para avaliar os objetivos é importante a escolha de indicadores. Os indicadores podem ser de impacto ou resultado e de execução ou atividade. Os indicadores de impacto pretendem medir as alterações verificadas num problema de saúde. Já os indicadores de execução pretendem medir a atividade desenvolvida, com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores podem ser avaliados de forma quantitativa e para isso são estabelecidas metas. Estas, definem-se por um resultado desejável e tecnicamente possível das atividades dos serviços de saúde, expressos em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores de atividade e os indicadores de resultado, assim como as respetivas metas constam no corpo do trabalho no subponto da avaliação.

### 3.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para definir estratégias na intervenção comunitária teve-se em conta as características da população-alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção.

A convergência de conceitos, objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é essencial, pois permite que haja uma linha orientadora da intervenção e de resultados eficazes e efetivos.

Tendo como ponto de partida, os objetivos atrás definidos, foram delineadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Realização de visitas aos centros de dia para divulgar o projeto às AO e sensibilizar para a participação;
- Elaboração de uma *Scoping Review*, como estratégia fundamental para definir atividades a desenvolver, favorecendo a implementação do projeto de intervenção comunitária;
- Planeamento de sessões teórico-práticas dirigidas às AO sobre a temática da HM e utilização de EPI (ANEXO XIV);
- Elaboração do Manual de Apoio a ser entregue na UCC e nos centros de dia, onde consta a respetiva sessão de formação;
- Realização de sessões de formação nos centros de dia (Anexo XIV);
- Elaboração de folheto elucidativo à higienização das mãos (Anexo XVIII);
- Entrega de certificado de participação às AO que frequentaram a sessão de formação (Anexo XIX).

Com o estabelecimento dos objetivos e a seleção das estratégias adequadas, desenvolveu-se outra das competências do enfermeiro especialista UC. 1.3- “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.” (RCEEEECSP, 2018).

### 3.4.1- Prática Baseada na Evidência: *Scoping Review*

O conhecimento, fruto da investigação em enfermagem, permite o desenvolvimento da prática baseada na evidência e ainda melhorar a qualidade da prestação de cuidados, contribuindo para ganhos em saúde (OE, 2006).

A revisão sistemática de literatura constitui uma modalidade de pesquisa que utiliza a literatura como base para alcançar uma síntese de evidências sobre uma determinada temática. É empregue como “estratégia de intervenção específica com métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada” (Sampaio e Mancini, 2007).

A revisão sistemática de literatura, também denominada “síntese da ciência” sustenta-se num protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2016).

Para fundamentar as intervenções a realizar no projeto, procedeu-se à procura da melhor evidência científica com recurso a uma *Scoping Review*.

No sentido de nortear e preparar a formação, baseada na melhor evidência científica, com uma metodologia adequada e eficaz para o projeto de intervenção, procurou-se a mais recente evidência científica, para uma Prática de Enfermagem Baseada na Evidência.

#### 3.4.1.1- Protocolo de Pesquisa

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura, foi construído um mapa conceitual do qual fizeram parte os conceitos de promoção da saúde, assistentes operacionais, higienização das mãos, equipamentos de proteção individual (EPI) e infeção, os quais considerados importantes tendo em conta a temática em análise e que norteara toda a construção do protocolo de pesquisa (ANEXO XII).

Foi formulada a questão “Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados, pelas assistentes operacionais?” dos Centros de Dia do Concelho.

Com base na questão foram definidas as palavras-chave: Promoção da saúde, Assistentes Operacionais, Higienização das Mãos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Infeção. Todas as palavras foram validadas enquanto descritores na plataforma Mesh Browser, “Health promotion”, “Home care”, “Hand washing”, “Personal protective equipment (PPE)” e “Infection”.

A expressão de pesquisa usada foi ““Home care” e “Hand washing””, nas bases de dados Pubmed e na plataforma Ebsco (CINAHL, Medline Complete, Medclatina e Nursing &

Allied). Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na Search Strategy do protocolo (ANEXO XII).

Foram identificados um total de 22 artigos. A partir dos critérios de inclusão/exclusão definidos em protocolo e tendo por base a questão de partida sinalizaram-se 2 artigos para elegibilidade. Deste modo, restaram 2 artigos para avaliação da qualidade metodológica. Esta avaliação pode ser consultada no *Appendix I* do protocolo (ANEXO XII).

#### 3.4.1.2- Análise dos Resultados da Revisão Sistemática de Literatura

Da revisão sistemática da literatura efetuada resultou a seleção de dois artigos que respondem à temática em análise.

O primeiro artigo intitulado “Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review” (Cabrera *et al*, 2019) demonstraram existir uma relação entre as variáveis sociodemográficas, no que respeita à adesão à higienização das mãos, que pode variar entre 18% - 70%. Defendem que a educação e o comportamento de adesão devem começar nas instituições, onde se devem aplicar novos métodos de ensino na aprendizagem para aumentar a adesão à HM. Os autores sustentam que o ensino multidimensional como metodologia mista deve incluir o treino, como pilar básico para aumentar a adesão. A utilização de meios audiovisuais, cartazes e treino específico pode aumentar a adesão à HM, mas pode não ser tão eficaz como as estratégias baseadas na procura de mudança de hábitos e comportamentos. As estratégias educacionais que tendem à mudança do comportamento, além de incluir a formação profissional, devem utilizar as intervenções como o uso de sons, lembretes, cartazes, simulações práticas em *workshops*, cenários práticos, vídeos e *role-play*. A melhoria dos resultados ocorre com a implementação de mudanças graduais nas diretrizes. Importa também destacar o papel dos gestores na implementação e manutenção do processo de higienização das mãos nos serviços de modo a prolongar a adesão por parte de todos.

O primeiro artigo evidencia contributos à questão “Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados?”, na medida em que expõe ideias que possibilitam a implementação de medidas *standard* como, ações de formação, colocação de panfletos e cartazes em locais estratégicos, a responsabilidade individual e coletiva e a consciencialização de todos, permitindo alcançar uma melhor adesão à HM.

No que diz respeito ao segundo artigo “Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review” (Seo *et al*, 2019) demonstraram que a taxa de higienização das mãos pode variar entre 50% a 80%, podendo estes valores ser

explicados pela definição do termo higienização das mãos. Os autores defendem a intervenção multidimensional ou dupla para melhorar a HM, suportada por uma estratégia educacional, sendo a intervenção mais comum. A utilização de estratégias multidimensionais, através de sessões de educação, campanhas, feedback, disposição de produtos para a higienização e dicas, pode aumentar a taxa de HM. A combinação de estratégias e a promoção de comportamentos a nível institucional e individual são considerados eficazes e sustentáveis se forem compreendidos e apoiados pelos trabalhadores e chefias de forma a garantir a melhoria e sustentabilidade das estratégias relativas à higienização das mãos.

O segundo artigo evidencia contributos à questão “Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados?”, na medida em que expõe ideias que conduzem a uma melhoria significativa na HM, quando se aplicam estratégias educacionais, suportadas por campanhas bem estruturadas, para aumentar a consciencialização sobre a HM.

### 3.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Considerando as etapas anteriores do planeamento em saúde, realizada e concluída a análise da melhor evidência científica, segue-se a criação de programas ou projetos que respondam às necessidades a colmatar.

Imperatori e Giraldes (1993) referem-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos.

É importante distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Já o projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Tendo por base os dados obtidos e priorizados o problema identificado optou-se por desenvolver um projeto que fosse ao encontro das necessidades do grupo-alvo e desse visibilidade ao trabalho executado pela UCC.

Após análise das entrevistas realizadas foi possível identificar as necessidades formativas das AO, através do diagnóstico de enfermagem “Risco de Infeção por *deficit* de

conhecimento na higienização das mãos e utilização de EPI pelas assistentes operacionais dos Centros de Dia”.

Houve necessidade de intervir na necessidade formativa das AO relacionada com a higienização das mãos (HM) e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), pelo que o projeto desenvolvido **“Capacitar para Cuidar”** teve como principal objetivo capacitar as AO através do aumento de conhecimento nesta área.

Este projeto procurou ser um contributo para o desenvolvimento da carteira de serviços da UCC, que integra vários programas (que se enquadram na saúde individual e coletiva, ambiente e saúde, promoção da saúde e literacia em saúde).

Esta atividade permitiu a aquisição da competência G1.4- *“Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”*

### 3.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A fase de preparação da execução corresponde à etapa do planeamento em saúde que maior interligação possui com as fases anteriores e com as que se lhe seguem, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa iniciou-se com a elaboração do plano operacional das atividades a implementar, presentes no Projeto de Estágio (Anexo I), que compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação. Após validação das estratégias de intervenção pela Enf.<sup>a</sup> Cooperante, iniciou-se a divulgação do projeto, presencialmente, junto das diretoras técnicas dos centros de dia e das AO.

No que respeita à caracterização sociodemográfica do grupo populacional, pode-se constatar que 93 % das pessoas é do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 a 70 anos, sendo a média de 46 anos. A maioria é de nacionalidade portuguesa, à exceção de uma, de nacionalidade brasileira. As habilitações literárias deste grupo são na maioria o 3º ciclo (43%), ensino secundário (25%), seguido do 1º ciclo (17,8%) e licenciatura (14,2%) (ANEXO X e ANEXO XI).

De realçar que a elaboração das sessões de formação teve em conta as características do grupo alvo, ou seja, adultos com nível de escolaridade médio e com necessidades em relação à temática da higienização das mãos e utilização dos EPI.

De modo a fundamentar as intervenções a realizar no projeto, foi essencial a procura da melhor evidência científica (prática baseada na evidência) no que diz respeito à temática

em análise, com recurso à Revisão Sistemática da Literatura. O contributo dos achados da RSL foram uma mais-valia para a organização da formação, sendo planeada com suporte a power point, com recurso a linguagem simples e imagens ilustrativas das temáticas abordadas.

Quadro 1 – Contributos da Scoping Review

Contributos da <i>Scoping Review</i>	
Artigo n.º1	Artigo n.º2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino adequado aumenta a adesão à higienização das mãos até 70%, através de estratégias baseadas em estímulos.</li> <li>• Os métodos tradicionais de ensino devem ser acompanhados de meios audiovisuais e da utilização de técnicas digitais inovadoras e flexíveis.</li> <li>• O domínio das aptidões é baseado na prática. (Cabrera <i>et al</i>, 2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A intervenção multidimensional pode melhorar a higienização das mãos.</li> <li>• Estratégias educacionais e campanhas aumentam a consciencialização e conduzem a uma melhoria significativa na higienização das mãos.</li> <li>• A combinação de estratégias melhora a higienização das mãos e reduz taxas de infeção.</li> <li>• Os gestores e chefias devem colaborar para garantir a sustentabilidade das estratégias na melhoria da higienização das mãos. (Seo <i>et al</i>, 2019)</li> </ul>

Em relação à preparação da avaliação elaborou-se uma grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos de modo a obter a perceção dos mesmos acerca da pertinência dos conteúdos, desempenho do formador e o contributo para o aumento de conhecimentos, de modo a realizar uma avaliação global da sessão (ANEXO XV).

Para avaliar a presença dos formandos na sessão criou-se um documento para registar a assiduidade, que foi dado para assinar pelos presentes (ANEXO XVII).

### 3.7- EXECUÇÃO

Nesta fase são colocadas em prática todas as atividades delineadas/propostas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. A formação decorreu na sala de reuniões dos

centros de dia, em horário laboral, de forma a proporcionar uma maior participação das AO. Cada sessão teve a duração de 2 horas em cada centro de dia.

Relativamente à sessão de formação, os diapositivos de suporte podem ser consultados em Anexo XIV. O quadro abaixo apresenta os objetivos da sessão assim como os conteúdos discutidos.

Quadro 2 - Sessão de Formação

Sessão de Formação: “Higienização das mãos e utilização de EPI”	
Objetivos	Conteúdos abordados
<p>Apresentar o projeto “Capacitar para Cuidar” às Assistentes Operacionais dos Centros de Dia do Concelho de X (A, A, O e S).</p> <p>Capacitar a equipa de Assistentes Operacionais dos centros de dia para a Higienização das Mãos e utilização de EPI.</p>	<p>Transmissão de agentes patogénicos através das mãos.</p> <p>Para quê higienizar as mãos?</p> <p>Precauções básicas.</p> <p>Higienização das mãos.</p> <p>Como realizar a higienização das mãos?</p> <p>Técnicas de higiene das mãos.</p> <p>Utilização de equipamentos de proteção individual – EPI</p> <p><u>Apresentação prática:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de Higienização das mãos;</li> <li>- Higienização simples das mãos.</li> <li>- Higienização antisséptica das mãos.</li> <li>- Fricção antisséptica das mãos;</li> <li>- Colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).</li> </ul>

Tendo em conta que a formação se destinava a um grupo de adultos, foi sempre dada a oportunidade de intervenção e reflexão aos formandos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e expectativas. De realçar que os formandos descreveram as dificuldades que enfrentam no dia-a-dia, sendo discutidas em grupo e refletidas algumas medidas para retificar essas dificuldades.

Após a sessão, os formandos transmitiram uma enorme satisfação e manifestaram interesse em haver mais formação do género, no local de trabalho.

Por fim, foram entregues os certificados de participação a cada formando onde consta o nº de horas da formação para efeitos de certificação e acreditação (Anexo XIX).

Analisando as intervenções de enfermagem, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman, pode-se afirmar que foi uma mais-valia para este grupo, pois foi notória a satisfação e melhoria nos conhecimentos (proporcionados na formação), como vai ser possível demonstrar no ponto da avaliação.

Após o término das sessões foi elaborado o Manual de Apoio que foi entregue em cada centro de dia onde consta o plano da sessão, assim como os conteúdos abordados nos diapositivos apresentados, com notas que se consideraram pertinentes à sua compreensão e com as referências bibliográficas pesquisadas de modo a poderem ser consultados pelas AO.

As atividades realizadas nestas duas últimas etapas do planeamento em saúde contribuíram para a aprendizagem de outras competências do EEECS, a designar: UC. 2.1- “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”; UC. 2.2- “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.”; UC.2.3- “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.” (RCEEECS, 2018).

### 3.8- AVALIAÇÃO

Enquanto última etapa do planeamento, a avaliação consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente (Imperatori e Giraldes, 1993).

Neste capítulo apresentam-se os resultados das atividades concretizadas, assim como os indicadores que foram definidos de modo a proceder à avaliação. À medida que o projeto “Capacitar para Cuidar” foi implementado, foram utilizados instrumentos de avaliação na recolha de dados que auxiliaram na avaliação dos indicadores de actividade e resultado.

Assim, é apresentado um quadro que sintetiza as atividades realizadas e os indicadores de actividade e respetivos resultados, bem como, a avaliação de todas as metas definidas.

Quadro 3 - Avaliação dos Indicadores de Atividade e Resultado

Indicadores	Meta	Avaliação
<b>Indicador de Atividade – “Número de Sessões de Formação”:</b> <u>Nº de sessões realizadas</u> x 100 Nº de sessões programadas	Realizar 100% das formações	4/4 x 100 =100%
<b>Indicador de Atividade – “Presenças nas Sessões de Formação”:</b> <u>Nº de AO presente nas sessões de formação</u> x100 Nº total de vagas	Obter 80 % de assiduidade	26/29 x 100 = 89,6 %
<b>Indicador de Atividade – “% de formandos que classificam a dinâmica formador de forma positiva”:</b> <u>Nº de formandos a classificar de forma positiva</u> x100 Nº total de formandos a avaliar	Obter 80 % de respostas positivas	26/26 x 100 = 100 %
<b>Indicador de Resultado – “% de formandos que consideram os conteúdos transmitidos uteis para a prática”:</b> <u>Nº de formandos que consideram os conteúdos uteis</u> x100 Nº total de formandos a avaliar	Obter 80 % de respostas positivas	26/26 x 100 = 100 %
<b>Indicador de Resultado – “% de formandos que adquiriam conhecimentos”:</b> <u>Nº de formandos que adquiriram conhecimentos</u> x100 Nº total de formandos a avaliar	Obter 80 % de respostas positivas	26/26 x 100 = 100 %
<b>Indicador de Resultado – “% de formandos que consideram haver alterações provocada pela formação no local de trabalho”:</b> <u>Nº de formandos que consideram haver alterações</u> x100 Nº total de formandos a avaliar	Obter 80 % de respostas positivas	26/26 x 100 = 100 %
<b>Indicador de Resultado – “% de formandos que consideram útil a componente prática da ação de formação”:</b> <u>Nº de formandos que consideram útil componente prática</u> x100 Nº total de formandos a avaliar	Obter 80 % de respostas positivas	26/26 x 100 = 100 %

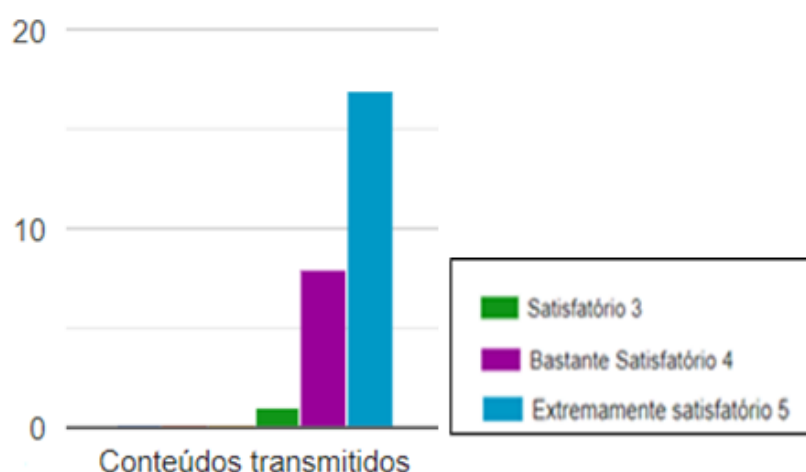


Gráfico 1 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram os conteúdos transmitidos uteis para a prática”

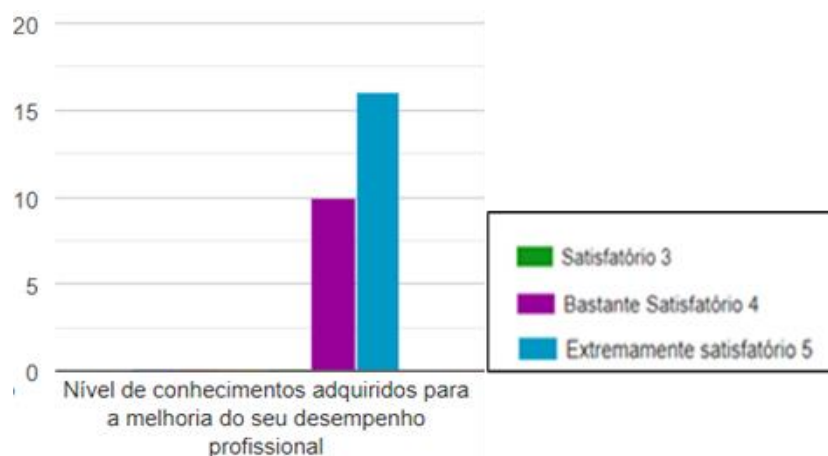


Gráfico 2 - Indicador de resultado “% de formandos que adquiriam conhecimentos para o desempenho profissional”

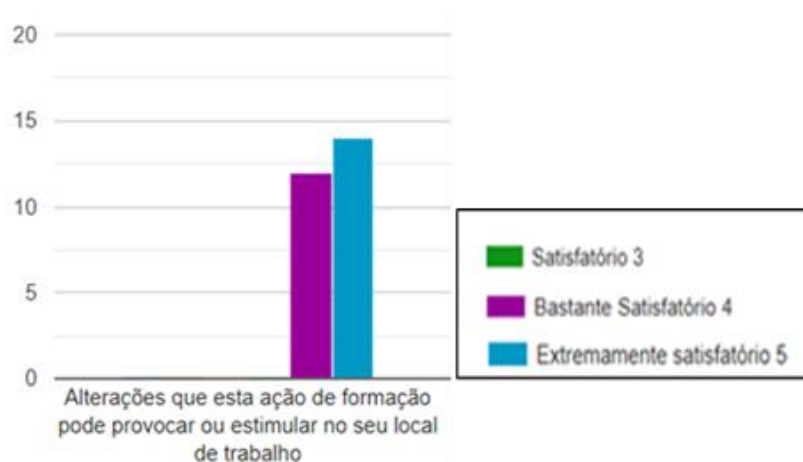


Gráfico 3 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram haver alterações provocada pela formação no local de trabalho”

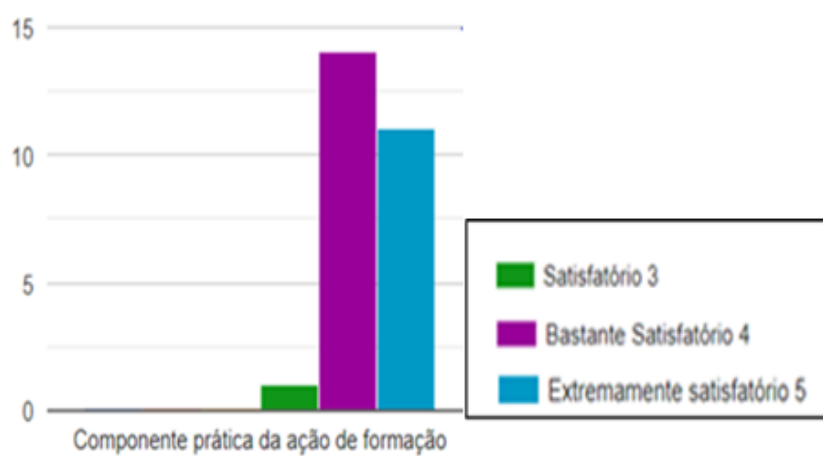


Gráfico 4 - Indicador de resultado “% de formandos que consideram útil a componente prática da ação de formação”

#### 4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O desenvolvimento do estágio, além de permitir a implementação do projeto de intervenção, também possibilitou a participação noutras atividades. Todas elas contribuíram para a aquisição de competências do EEECS, assim como para a compreensão do funcionamento das Unidades onde foi desenvolvido o estágio.

As primeiras duas semanas do estágio foram desenvolvidas na Unidade de Saúde Pública do ACES do Médio Tejo. Estas semanas foram dedicadas ao acompanhamento que a USP realiza aos seus utentes no âmbito da COVID-19, nomeadamente na realização de vigilância epidemiológica e consequente ensino face ao tipo de risco identificado.

A implementação do projecto decorreu numa UCC, o que permitiu o desenvolvimento e participação noutras atividades, nomeadamente:

- Colaboração na campanha da vacinação da gripe (1.ª fase) nos Centros de Dia do Concelho de X; Colaboração na vacinação da gripe (2.ª fase) na sede das juntas de freguesia do Concelho;
- Participação na reunião da CPCJ;
- Participação em sessões de Intervenção Precoce com Crianças de um Centro Escolar;
- Participação em inquéritos epidemiológicos realizados pela UCC;
- Participação em sessões do curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade dinamizado pela UCC;
- Colaboração na preparação de um rastreio “*covid-sars*” dinamizado pela UCC.

As atividades desenvolvidas contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: UC. 3.1- “Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.” e UC. 4.1- “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica (RCEEECS, 2018).

## 5 - ANÁLISE CRÍTICA E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo procura refletir sobre as competências adquiridas que conduzirão à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e do grau de Mestre.

O período de estágio proporcionou uma aprendizagem, que se concretizou num espaço de reflexão, crescimento e construção, tanto pessoal como profissional, que favoreceu o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, como também das competências específicas do EEECS, sempre articuladas com as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação.

Os descritores Dublin enunciam as competências genéricas que se espera que um formando adquira no decorrer da sua formação, que passa por ter e compreender conhecimentos, aplicar conhecimentos e compreendê-los, ter capacidade de emitir juízos, ter capacidade de comunicar e capacidade de aprendizagem.

Para a aquisição do título de especialista, o enfermeiro deve possuir um conjunto de competências comuns de enfermeiro especialista que assenta em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que respeita ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, considera-se que durante o estágio se assumiu sempre uma postura profissional, ética e legal adequada ao desenvolvimento do projeto. Considera-se que o mestrando agiu de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional da enfermagem, respeitando sempre os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Em relação ao domínio da **melhoria contínua da qualidade**, considera-se que com a elaboração do projeto foram desenvolvidas práticas de qualidade para melhoria contínua dos serviços que são prestados pela UCC.

Quanto ao domínio da **gestão de cuidados**, considera-se que cooperou nas decisões da equipa, nas reuniões e através das intervenções realizadas. No desenvolvimento do projeto de intervenção demonstrou-se sempre uma postura de liderança, tendo em conta a adaptação dos recursos e das atividades desenvolvidas.

No domínio do **desenvolvimento das aprendizagens** pode afirma-se que todo o trabalho desenvolvido durante o estágio contribui para o desenvolvimento de aprendizagens que acarretaram um grande empenho pessoal e profissional.

Na elaboração do relatório houve necessidade de refletir acerca do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, baseado no Regulamento nº 428/2018.

Partindo da primeira competência específica que visa estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, pode-se considerar que esta competência foi atingida.

A elaboração do projeto de intervenção comunitária permitiu aprofundar conhecimentos sobre o Planeamento em Saúde, executando-o com base nessa metodologia. O projeto procurou ultrapassar os desafios, de forma a promover a satisfação do grupo nas suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar.

Intervenções desenvolvidas e fundamentadas através de metodologia científica contribuem para dar visibilidade e reconhecimento à enfermagem junto da sociedade como uma profissão de excelência e decisiva para os ganhos em saúde das pessoas e comunidades.

Nesta linha de pensamento, o recurso à revisão sistemática de literatura permitiu a escolha de intervenções que refletem a melhor evidência científica. Os conhecimentos obtidos através da RSL comprovam que cada vez mais se deve usar esta ferramenta de forma a demonstrar que as intervenções baseadas na melhor evidência científica são aquelas que podem produzir resultados que concorrem para a obtenção de ganhos em saúde e dar a visibilidade necessária.

Foram estabelecidas prioridades na formação desenvolvida, delineados objetivos e metas e selecionadas estratégias para alcançar os mesmos, com vista à diminuição/resolução dos problemas identificados no diagnóstico. No final avaliou-se o projeto de forma a quantificar os ganhos em saúde do grupo alvo.

A segunda competência específica que visa contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, pode considerar-se atingida. A implementação do projeto promoveu a capacitação dos grupos de AO dos Centros de dia, na medida em que foram realizadas ações de formação na higienização das mãos e utilização de EPI com o objetivo de capacitar este grupo.

Pelo facto das sessões se dirigirem a um grupo de adultos, considerou-se os conhecimentos, as habilitações literárias e experiência, havendo a necessidade de adequar os conteúdos e a utilização de linguagem adequada. Adotou-se como estratégia a realização de

sessões de formação com os grupos e deu-se a oportunidade de partilharem as experiências e colocarem dúvidas.

Deste modo, pensa-se ter correspondido de forma positiva à orientação dos grupos no seu processo de aprendizagem. A participação e a partilha de experiências por parte das AO demonstraram envolvimento e sensibilização dos grupos em relação à formação, para o desenvolvimento das suas competências, tendo sido cumprido um dos objetivos operacionais do projeto.

Importa referir que durante a realização das formações, se utilizou a prática reflexiva. Esta consiste em fazer uso da reflexão sobre a prática, que visa a mudança/transformação. Habitualmente o recurso a esta prática ocorre em três momentos: durante a ação - **reflexão na ação**; numa perspetiva retroativa - reflexão sobre a ação; e numa perspetiva prospetiva - reflexão para a ação (Waldow, 2009).

A **reflexão na ação** significa que se usa a reflexão enquanto está a ocorrer a ação, ou seja, verifica-se o que está a acontecer, permitindo tomar medidas para manter ou alterar o curso da ação. Por outras palavras, diz respeito à avaliação do processo e visa atualizar, renovar, simplificar, tornar melhor (Waldow, 2009). Recorreu-se a este tipo de reflexão, durante a realização das sessões de formação, para partilha de experiências e de forma a transmitir a mensagem desejada.

A reflexão sobre a ação consiste em refletir a ação após estar concluída, ou seja, analisa-se o que foi feito e como poderia ser feito. Serve para compreender, aprender e integrar o que aconteceu (Waldow, 2009).

Este tipo de reflexão esteve presente na etapa da avaliação. A formação contemplou uma sessão de treino da higienização das mãos e colocação e remoção de EPI. Foi impulsionador de conhecimentos eficazes para AO, em que se observou uma participação ativa.

A terceira competência específica visa integrar a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na obtenção dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, considera-se atingida. O projeto de intervenção comunitária teve por base o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI).

Uma das linhas orientadoras baseia-se em estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional, que visa promover a formação contínua dos profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS e defende a implementação de campanhas para a higienização das mãos (DGS, 2007).

Na implementação deste projeto foram utilizados os recursos necessários, para o desenvolvimento das estratégias de forma a atingir os objetivos definidos.

Em relação à última competência que visa a realização e a cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, pode afirmar-se que foi atingida. Procedeu-se à vigilância de fenómenos de saúde-doença na Unidade de Saúde Pública do ACES Médio Tejo, relacionado com a situação epidemiológica em que nos encontramos.

O acompanhamento dos utentes no âmbito da COVID-19, a vigilância epidemiológica, a confirmação da história epidemiológica, a avaliação do grau de risco do contacto, o ensino face ao risco identificado e as orientações acerca dos procedimentos e normas a considerar, fazem parte do trabalho diário da USP.

A monitorização é realizada com recurso à plataforma trace COVID-19 e a métodos tradicionais, onde as autoridades averiguam a envolvimento e os contactos das pessoas. Compete às autoridades a intervenção em situações de grave risco para a saúde pública e a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do estado em matéria de saúde pública (Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro).

A cooperação na gestão de programas de intervenção de prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral, também foi verificada, não da forma pretendida, mas dada a situação em que nos encontramos, as oportunidades vivenciadas foram muito enriquecedoras, pois permitiram ter uma perspetiva da dinâmica do seu funcionamento.

Quanto à atribuição do grau de mestre, o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 agosto (na sua redação atual), no capítulo III, Artigo 15º, refere que o mesmo é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Outra das condições passa por 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; passa por ter capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; devem ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades e, por último, ter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

A elaboração deste relatório permitiu desenvolver competências e conhecimentos e comunicar as conclusões do mesmo. Considera-se que foram alcançadas as competências

necessárias à obtenção do grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

## 6- CONCLUSÃO

O presente relatório descreve todo o percurso e atividades realizadas em contexto de estágio, que decorreu na UCC “Flor-de-sal”. O objetivo do estágio contemplava a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a obtenção do grau de Mestre.

A temática que serviu de base à elaboração do projeto de intervenção comunitária incidiu sobre as necessidades formativas das AO relacionada com o défice de conhecimentos e de formação em HM e utilização de EPI.

As atividades realizadas basearam-se na metodologia do planeamento em saúde permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas de enfermagem comunitária.

O modelo concetual de Betty Neuman serviu de guia orientador para o diagnóstico de enfermagem comunitário. Este modelo apresenta-se dinâmico, flexível e global e garante uma resposta às intervenções e processos da comunidade (Tomey e Alligood, 2004

De salientar que este modelo defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress (Neuman, 1995).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel privilegiado na comunidade, pela proximidade com a mesma. Neste sentido, é de extrema importância que se coloque em prática as competências específicas na melhoria dos conhecimentos e formação, através da implementação do projeto de intervenção que responda às necessidades identificadas. Considera-se que o projeto “Capacitar para Cuidar”, foi ao encontro das necessidades formativas das assistentes operacionais e contribuiu para a melhoria da formação das mesmas.

A revisão sistemática de literatura como estratégia para auxiliar a execução do projeto delineado através de intervenções de enfermagem, reflete a melhor evidência científica. De futuro deve ser uma ferramenta a ser utilizada para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência, com ganhos em saúde.

De mencionar que a realização e conclusão do estágio e relatório só foi possível pelo apoio da Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora que ao longo deste percurso deram

o reforço positivo necessário à continuação e realização do mesmo. De referir também a disponibilidade, por parte dos centros de dia e assistentes operacionais participantes, no sucesso da implementação e execução do projeto.

O projeto fica sob a alçada da UCC, apesar de algum ajuste necessário, possui a exequibilidade para continuar a ser aplicado e desenvolvido, dado a manifestação e interesse por parte dos centros de dia, em continuar a participar neste tipo de projetos, tornando-se assim mais próximos dos serviços de saúde e mais capacitados para responder às exigências da sociedade.

O contexto de estágio possibilitou um enriquecimento de experiências que contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Relativamente aos objetivos pessoais delineados na introdução, considera-se que o trabalho desenvolvido em contexto de estágio, reflete a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem comunitária. A aquisição das competências concorreu para a promoção da visibilidade que as mesmas produzem na melhoria do estado de saúde da comunidade, gerando espaço para continuar a desenvolver na prática diária, convergindo para a satisfação pessoal enquanto profissional de saúde.

Pelo que já foi referido ao longo de todo este documento, considera-se que os objetivos do estágio foram alcançados, bem como foram adquiridas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assim como as condições para a obtenção do grau de mestre.

Por fim, a redação deste relatório permitiu o desenvolvimento da capacidade de análise crítica e reflexiva, essencial na avaliação do projeto de intervenção comunitário desenvolvido.

**BIBLIOGRAFIA**

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (1.ªed.) Brasil: Almedina. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Beddome, G. (1995). *Community as client Assessment. A Neuman Based Guide for Education and Practice in: B. Neuman*. (3ª ed.) Norwalk: Appleton e Lange.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Curso de Mestrado em Ciências da Dor, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852\\_Tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf)
- Braga, G. e Silva, J. (2011). Teorias de enfermagem. São Paulo: Iátria. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=4YuwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Braga,+G.,+Silva,+J.+\(2011\).+Teorias+de+enfermagem.+S%C3%A3o+Paulo:+I%C3%A1tria.&ots=2p-nc1\\_UWI&sig=yBzHaMz-aO\\_FN7XwiWI\\_nWiyOJk&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=4YuwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Braga,+G.,+Silva,+J.+(2011).+Teorias+de+enfermagem.+S%C3%A3o+Paulo:+I%C3%A1tria.&ots=2p-nc1_UWI&sig=yBzHaMz-aO_FN7XwiWI_nWiyOJk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Set 6-12. Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=607850CD20AC6324B52679F76EDB9D73?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=607850CD20AC6324B52679F76EDB9D73?sequence=5)
- Decreto-Lei nº 414/1999. Diário da República n.º 141/15 de outubro - 1ª Série A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República, 1ª Série - n.º157 – 16 agosto 2018. Presidência do Conselho Ministros. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 135/2013. Diário da República n.º 192/04 de outubro - 1ª Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Delors, J. (2010). Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: Faber-Castell. Acedido em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- Dias, J. (2004). Formadores: que desempenho?. Loures: Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2007). Plano Operacional de Controlo de Infeção para os Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC. 2007(A). Disponível em:

[https://www.anci.pt/sites/default/files/estrategias\\_de\\_controlo\\_das\\_iacs\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios.pptx .pdf](https://www.anci.pt/sites/default/files/estrategias_de_controlo_das_iacs_cuidados_de_saude_primarios.pptx.pdf)

Direção Geral da Saúde (2010). Circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010. Portal da Direção Geral da Saúde: Programa Nacional de Controlo da Infeção. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2014). *Uso e gestão de luvas nas Unidades de saúde*. Circular Normativa nº013/2014 de 25/08/2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014-pdf.aspx>

Fernandes, A. (2008). *Perceções de profissionais de saúde relativas à infeção hospitalar e às práticas de control de infeção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29012009-135158/publico/antonioteufernandes.pdf>

Fortin, M (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Instituto de Administração da Saúde (2018). Portal do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM. Disponível em: <http://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital*. Portugal, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.insa.pt/>

Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE, Portugal.

Lei nº 48/90. Diário da República nº 195/90 de 24 de agosto – 1.ª Série. Assembleia da República. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>

Lei nº 7/2009. Diário da República nº 30/12 de outubro. 1ª Série. Código do Trabalho. Assembleia da República. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/602073/details/maximized>

Loureiro, I. e Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. Disponível em : <https://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertac%c3%a3o-Nath%c3%a1lia-Alvarenga-Martins.pdf.pdf>

Neuman, B., e Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.

- Neves, H., Souza, A., Medeiros, M., Munari, D., Ribeiro, L. e Tipple, A. (2011). Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Revista Latino-americana enfermagem*, 19 (2). Acedido em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_18.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 428/2018. Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, nº 135 de 16 de julho 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%Bade-p%C3%BAblica.pdf>
- Salavessa, M. e Uva, A. (2007). Saúde e Segurança do Trabalho: da perceção do risco ao uso de EPI's. *Saúde e Trabalho*, 06, 99. 69-93. Acedido em: [https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6ed\\_845fde64b920489f860fa73757dcad6a.pdf](https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6ed_845fde64b920489f860fa73757dcad6a.pdf)
- Sampaio, R., e Mancini, M. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: um guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista brasileira de fisioterapia*, 11, pp. 83-89. Minas Gerais. Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspetivas do enfermeiro. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. Lisboa. Ano 15, nº175 (Março 2003), p.28 - 33. ISSN 0871-6196
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncípa.
- Souza, N., Oliveira, A., Oliveira, M., Santos, C., Silva, A. e Vilela, A. (2005). Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Rev. Saúde*. 1(1), pp. 51-59. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/26428557\\_Olhar\\_sobre\\_o\\_cuidador\\_de\\_idosos\\_dependentes](https://www.researchgate.net/publication/26428557_Olhar_sobre_o_cuidador_de_idosos_dependentes)
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Sridhar, S., Brouqui, P., Fontaine, J., Perivier, I., Ruscassier, P., Gautret, P., e Régner, I. (2016). Risk perceptions of MSF healthcare workers on the recent Ebola epidemic in West Africa. *New Microbes and New Infections*, 12, pp. 61–68. Acedido em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297516300245?via%3Dihub>
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem*. ACEPS. Lisboa.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE\\_FINAL\\_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf)
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. e Matos, B. (2010). Infecções associadas os cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Porto, J. e Marziale, M. (2016). Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipa de enfermagem. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 37 (2), 1-15. Acedido em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200501&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200501&lng=pt&tlng=pt)
- Unidade de Cuidados na Comunidade de A (2019). Manual de Acolhimento para Formandos. X
- Waldow, V. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- World Health Organization (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)

**ANEXOS**

**ANEXO I – Projeto de estágio**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM  
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Autor:  
Eduardo Gil

Santarém, julho 2020



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM  
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA  
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II**

**PROJETO DE ESTÁGIO  
“Capacitar para Cuidar”**

**Autor/n.º aluno:**

Eduardo Gil n.º. 180400146

**Orientador:**

Prof.ª Doutora Irene Santos

Enfermeira cooperante:

Enf.ª Mestre e Especialista Celeste Nogueira

Santarém, julho 2020

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

ESSS – Escola Superior Saúde de Santarém

EPI – Equipamento Proteção Individual

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

OE – Ordem Enfermeiros

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

UCC “Flor-de-sal” – Unidade Cuidados na Comunidade de “Flor-de-sal”

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	69
1 - CARACTERIZAÇÃO DA UCC .....	71
2 - ENQUADRAMENTO.....	73
3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	76
3.1-PLANO DE AÇÃO .....	78
4 - CONCLUSÃO.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS.....	21
CRONOGRAMA .....	87

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), foi proposto a realização de um Projeto de Intervenção Comunitária, para avaliação da Unidade Curricular Estágio II, que vai decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade “Flor-de-sal” do ACES Lezíria, no período de 6 de julho de 2020 a 4 de dezembro de 2020.

Os objetivos gerais são:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Com este estágio pretende-se adquirir competências específicas nos cuidados especializados de enfermagem comunitária e saúde pública ao elaborar e executar um plano de intervenção comunitária.

Como competências a atingir consideram-se, de acordo com o DR nº 35/2011:

- Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

A elaboração deste projeto visa dar resposta a um diagnóstico de enfermagem comunitário, que a equipa da UCC expressou com a crise epidemiológica que estamos a viver, a partir de um problema real identificado.

Este diagnóstico surgiu no âmbito do “Rastreamento Covid-Sars” que foi realizado a nível do ACES Lezíria em parceria com a Segurança Social, Proteção Civil, Bombeiros e UCC.

O projeto de intervenção que será desenvolvido neste estágio vai incidir no diagnóstico:

**- Risco de Infecção por deficit de conhecimento na higienização das mãos e utilização de EPI pelas assistentes operacionais dos centros de dia;**

A partir do diagnóstico de enfermagem comunitário desenvolver-se-á o projeto de intervenção comunitária, dirigido às assistentes operacionais (população alvo), designado **“Capacitar para Cuidar”** com intuito de capacitar este grupo na higienização das mãos e utilização correta de EPI aumentando o conhecimento relativo ao conteúdo.

Segundo, Tomey e Allgood (2004) para responder à complexidade das intervenções e processos na comunidade será necessário um guia orientador. O modelo conceitual de Betty Neuman constitui num modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura organizativa para orientar o desenvolvimento deste projeto.

Este projeto é composto por uma breve caracterização da UCC Flor-de-sal, um enquadramento teórico e um plano de atividades/plano de ação do estágio II, com especial referência à intervenção comunitária definida, onde constam os objetivos, estratégias, recursos/parcerias e indicadores de avaliação com um horizonte temporal de 18 semanas.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) refere que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando ganhos efetivos em saúde. Pretende-se, assim, mobilizar e integrar os conhecimentos de enfermagem na compreensão da comunidade fazendo uso de uma perspetiva sistémica, incorporando todos os sistemas integrantes dessa comunidade.

O Planeamento em Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, integrando diversas fases, iniciando-se com o Diagnóstico da situação, Definição de prioridades, Fixação de objetivos, Seleção de estratégias, Elaboração de programas e projetos, Preparação da execução, a própria Execução e, por último a Avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

Este projeto de intervenção visa dar resposta ao estipulado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como no Código deontológico que regulamenta a atividade profissional dos enfermeiros.

## 1- CARACTERIZAÇÃO DA UCC

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) foram criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, onde foi estabelecido o seu regime de organização e funcionamento. Estes assumem, desta forma serviços de saúde com autonomia administrativa, que integram um ou mais centros de saúde, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Do ACES fazem parte várias unidades funcionais nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Assim a UCC, no contexto domiciliário e comunitário, proporciona cuidados de saúde e de apoio psicológico e social à população de risco e opera ao nível da educação para a saúde e apoio domiciliário. (Dec. Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro de 2015)

A UCC “Flor-de-sal” faz parte, tal como as USF (S e V) e a UCSP (Unidade de Cuidados Saúde Personalizados) do ACES Lezíria.

A UCC tem como missão a prestação de cuidados integrados e sustentáveis, adequados às características da população de proximidade, centrada no respeito pelas necessidades, dignidade e direitos do cidadão e assente nas melhores práticas clínicas com o objetivo de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho. Como valores, esta unidade orienta-se pelos seguintes princípios: conciliação, cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia, articulação, parcerias com as estruturas da comunidade local, avaliação e gestão participativa. (Manual de Acolhimento para Formandos UCC “Flor-de-sal”, 2019)

De acordo com dados do SINUS (Sistema de Informação Nacional das Unidades de Saúde), em abril de 2019, estavam inscritos 21070 utentes no Centro de Saúde, população esta, abrangida pela UCC. (Manual de Acolhimento para Formandos UCC “Flor-de-sal”, 2019)

Esta unidade iniciou as suas funções a 06/02/2010, o horário de funcionamento nos dias úteis é das 8h às 20h e aos sábados, domingos e feriados mediante as necessidades são prestados cuidados, com visitas domiciliárias programadas e pontualmente não programadas das 8h às 15h. Esta unidade articula-se com as outras unidades funcionais e participa igualmente em programas e parcerias comunitárias tais como: Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

(CPCJ), Rede Social, Núcleo Local de Inserção (NLI) e Rendimento Social de Inserção (RSI). (Adaptado de Plano de Ação 2016, UCC Flor-de-sal e Manual de Acolhimento para Formandos UCC “Flor-de-sal”, 2019)

A UCC possui na sua equipa multidisciplinar 8 enfermeiros, entre os quais 6 são enfermeiros especialistas (1 em Saúde Pública, 2 em Saúde Comunitária, 1 em Saúde Materna e Obstétrica, 1 em Saúde Mental e 1 em Reabilitação), na equipa constam ainda 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga, 1 assistente técnica e 2 assistentes operacionais. (Plano de Ação 2016, UCC Flor-de-sal e Manual de Acolhimento para Formandos UCC “Flor-de-sal”, 2019)

Relativamente aos programas da carteira de serviços da UCC, esta abrange os seguintes: Programa Nacional de Promoção de Saúde em Crianças e Jovens (integra a intervenção precoce, a comissão de proteção de crianças e jovens em risco e a visita domiciliária ao recém-nascido); Programa Nacional de Saúde Escolar (integra o programa de saúde individual e coletiva, inclusão escolar, estilos de vida, ambiente e saúde, promoção da saúde e literacia em saúde e o gabinete de atendimento a adolescentes); Preparação para a parentalidade (integra o curso de preparação para o nascimento, a recuperação pós parto e gabinete de apoio à nova família); Visitação Domiciliária (integra a ECCL e a VD a dependentes/continuidade de cuidados); Programa Nacional de Luta Contra as Desigualdades em Saúde (integra a rede nacional, participando no Concelho Local de Ação Social (CLAS) e Núcleo Local de Inserção (NLI) do Concelho de X); Programa de Reabilitação/Fisioterapia (integra classes para melhorar o estado de saúde, perceção de risco de queda e equilíbrio, classes de movimento); Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental (integra a rede de referenciação do doente mental, intervenção familiar, promoção da saúde mental infantil e juvenil e alteração da perceção da imagem corporal).

## 2- ENQUADRAMENTO

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada morbi-mortalidade (Pina *et al.*, 2010). Estas infeções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (Silva, 2008).

Nascimento e Travassos (2010, p.627) reforçam que, *“Na área de Segurança do Paciente, as infeções relacionadas à assistência à saúde representam um problema para o qual convergem pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem desde a criação de insumos e tecnologias de alta complexidade até o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento dos pacientes. Duas questões importantes resultam desse esforço. A primeira é o consenso de que a higienização de mãos [hand hygiene] (GUIDELINES, 2006) é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infeção hospitalar. A segunda é o reconhecimento, apontado por diversos estudos, da baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, apontada por diversos estudos (Moret *et al.*, 2004; Pittet, 2001a; Pittet, 2001b; Hugonnet; Pittet, 2000). A baixa adesão à higienização das mãos constitui uma violação às normas prescritas e nos parece ser um fenômeno e condição exemplar a ser investigado com vistas à prevenção de erro.”*, para alterar essas práticas será necessário monitorizar e formar para se conseguir diminuir a possibilidade de ocorrer erro por parte dos profissionais, colocando em causa a qualidade e a segurança dos cuidados.

Saloojee e Steenhoff (2001), no artigo de reflexão, sobre o papel dos profissionais de saúde na prevenção e controlo de infeção, reconhecem ser difícil a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às boas práticas recomendadas, apesar da evidência científica. Segundo os autores, o desenvolvimento de estratégias formativas tem tido algum sucesso, mas a sua sustentabilidade pode ser posta em causa.

Na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, de entre uma série de contextos profissionais em que o enfermeiro se move, no âmbito da gestão dos cuidados, ambiente seguro, a Ordem dos Enfermeiros especifica a implementação de procedimentos de prevenção e controlo de infeção como uma competência, ao que acresce a formação contínua

(Ordem dos Enfermeiros, 2003), compreendendo uma complementaridade indissociável entre estas duas vertentes.

A formação acontece como uma resposta às mudanças existentes e às mudanças a suceder, no entanto, para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos profissionais nas situações de trabalho.

A “prática baseada na evidência” tem surgido como uma fórmula para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. Torna-se necessário que o enfermeiro ou outro profissional de saúde seja claro e cuidadoso na sua aplicação, ou seja, o profissional deve parar para refletir sobre o impacto dos seus cuidados. Pode considerar-se que a prática reflexiva é uma componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência, o verdadeiro carácter para uma boa prática profissional (por exemplo, a adesão às precauções relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, patente na prática de higienização das mãos) implica uma reflexão sobre desígnios considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, com os quais avaliamos de forma habitual o impacto e os resultados das interações e intervenções (Craig e Smith, 2004).

Segundo a Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI, a ideia de educação permanente deve ser reconsiderada e ampliada. Na verdade, além das adaptações necessárias em virtude das mudanças que ocorrem nas nossas vidas profissionais, a educação deve implicar também a construção contínua da pessoa, do seu saber, das suas aptidões, da sua capacidade para julgar e agir. Segundo esta comissão, a educação ao longo da vida deverá assentar em quatro pilares: aprender a conviver; aprender a conhecer; aprender a fazer; e aprender a ser.

A educação ou formação devem adaptar-se constantemente às mudanças da sociedade e do contexto, sem negligenciar as vivências, os saberes básicos e os resultados da experiência humana (Delors *et al*, 2010). Em concordância com esta perspetiva que para formar não basta transmitir informação, Dias (2004) refere que o processo formativo terá de ser facilitador da aprendizagem, deverá ser capaz de mobilizar as potencialidades do relacionamento interpessoal dos formandos de acordo com as diversas situações decorrentes do processo educativo, motivando os enfermeiros ou outros profissionais à procura de conhecimento específico, uma vez que o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não devendo ser imposto. É também neste contexto que se considera o fator motivacional como chave para a aprendizagem, uma vez que depende diretamente das necessidades sentidas pelo indivíduo e que este reconhece como prioritária.

Para que a formação tenha visibilidade na prática dos cuidados é necessário que haja um acompanhamento por parte do formador no desenrolar do trabalho do dia-a-dia, com o

objetivo de ajudar os formandos a desenvolver as competências necessárias para mobilizar em situações concretas os conhecimentos adquiridos (Dias, 2004).

Antes de implementar qualquer tipo de formação, torna-se indispensável fazer o levantamento das necessidades de formação e definir os objetivos a atingir com a formação, de forma a modificar os comportamentos e atitudes dos diversos profissionais (DGS, 2007). A implementação de formação e normas relacionadas com a higienização das mãos necessita de ser interiorizada pelos funcionários. É fundamental que entendam que papéis desempenham, o que devem fazer e a importância de seguirem determinados procedimentos regulamentados. A forma mais efetiva é através da realização de programas de educação e ações de sensibilização (Gonçalves, 2005).

Cada vez mais as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas e, neste sentido, é imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se, então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, importando referir que a formação não é estanque, carece de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que, na maioria dos casos, se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, 2012).

Os enfermeiros, através dos seus conhecimentos, competências e habilidades, podem desenvolver atividades estratégicas para capacitar a comunidade para uma resposta adequada às suas necessidades. Os enfermeiros têm um papel crucial na formação e informação das pessoas e na educação para a saúde, com vista ao bem-estar de uma comunidade.

Numa sociedade em constante mudança e orientada para o conhecimento e inovação, a necessidade de formação, ao longo da vida, torna-se numa verdade incontornável, havendo necessidade de alcançar um ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício de cidadania.

### 3- PLANEAMENTO EM SAÚDE

Após a definição do diagnóstico de situação Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que há que proceder à fixação dos objetivos a atingir num determinado período de tempo. A fixação de objetivos reveste-se de uma importância vital no planeamento em saúde, uma vez que apenas mediante o seu estabelecimento, se torna possível avaliar os resultados da intervenção planeada. A definição correta dos objetivos permite a avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano delineado. Os objetivos são assim linhas orientadoras para a estruturação das atividades a desenvolver. Foi definido para este projeto o seguinte objetivo geral:

**“Contribuir para a capacitação das assistentes operacionais na higienização das mãos e utilização de EPI, de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente e aumentar a protecção das assistentes operacionais”**

A seleção de estratégias de saúde é "um conjunto lógico de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde", Imperatori e Giraldes (1993).

As estratégias de intervenção definidas pretendem dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Promover junto da UCC a divulgação e objetivos do projeto;
- Estabelecer parcerias com outras unidades, entidades no sentido da promoção e divulgação do projeto;
- Divulgar o projeto e os seus objetivos a todos os centros de dia do Concelho de X;
- Realizar ações de formação acerca da necessidade de adoção de comportamentos promotores de boas práticas na higienização das mãos e utilização de EPI's.
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.

Para avaliação do projeto é necessária a definição de indicadores, para se conhecer melhor a realidade e se medir os resultados alcançados (Imperatori e Giraldes, 1993). Os mesmos autores referem ainda que o planeamento em saúde é entendido como um processo

contínuo e dinâmico, em que em cada etapa pode haver necessidade de voltar à etapa anterior e mesmo terminada a etapa da avaliação final há que voltar à recolha de dados, face às modificações entretanto existentes. A avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificá-la mais eficazmente centrando-se na satisfação dos utentes e consequências das ações na saúde dos mesmos.

A seleção de estratégias permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas, para dar resposta aos objetivos propostos e contrariar a tendência de evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em conta que o risco de infeção é um problema abrangente e que é necessário estar-se atualizado para se conseguir atuar da melhor forma, pretende-se realizar sessões de formação para a saúde, dirigida às assistentes operacionais. As sessões de formação irão incidir na temática da higienização das mãos e utilização de EPI's, que será concretizada nos Centros de Dia do Concelho de X durante o mês de outubro e novembro de 2020.

Antes das sessões de educação para a saúde será aplicado um “Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos” disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde e pela DGS. O facto de se efetuar esta avaliação vai permitir aferir estratégias no sentido de compreender se a intervenção planeada se adequa ao diagnóstico realizado.

Após a aplicação do questionário, da realização das sessões de formação e da sua avaliação pretende-se elaborar um folheto informativo para entregar às assistentes operacionais e diretoras técnicas dos centros de dia, que abordará a importância da higienização das mãos e respetivas etapas.

Ao aplicar o planeamento em saúde o enfermeiro está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem e todos os enfermeiros têm a “(...) responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática” (Fortin *et al*, 2009).

As diferentes etapas do planeamento em saúde encontram-se esquematicamente apresentadas no plano de atividades apresentado no capítulo seguinte.

## 2.1-PLANO DE AÇÃO

População Alvo: Assistentes operacionais dos centros de dia do Concelho de X.

Objetivo Geral: “Contribuir para a capacitação das assistentes operacionais na higienização das mãos e utilização de EPI, de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente e aumentar a protecção das assistentes operacionais”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Promover junto da equipa da UCC a divulgação e objetivos do projeto.	<p>Apresentação do projeto de intervenção à equipa da UCC.</p> <p>Apresentação do projeto de intervenção nos diferentes serviços, centros de dia (onde o diagnóstico foi realizado).</p>	<p>UCC</p> <p>Centros de Dia de A, A, O e S</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>1ª Semana de julho 2020</p>	<p>Número de intervenções estabelecidas para o presente projeto. Ata da Reunião.</p> <p>Documento produzido com o planeamento das intervenções.</p> <p>Propostas resultantes das reuniões.</p>
Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura de acordo com problemática definida.	<p>Mobilização de informação baseada em evidência científica como suporte teórico que fundamente as intervenções planeadas.</p> <p>Obtenção de evidência científica que conduza a uma resposta adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado.</p>	<p>UCC</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>Ao longo do estágio.</p>	<p>Documento produzido com o planeamento das intervenções.</p> <p>Divulgar as intervenções planeadas;</p>

<p>Estabelecer parcerias com outras unidades (USF S e USF V), entidades no sentido da promoção e divulgação do projeto.</p>	<p>Participação em reuniões da equipa da UCC, bem como nas outras unidades no sentido de estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto.</p> <p>Elaborar os guiões de entrevistas aos Informantes-Chave: Diretoras Técnicas dos Centros de Dia.</p> <p>Realização das entrevistas às Diretoras Técnicas dos centros de dia.</p> <p>Apresentação do projeto à população de assistentes operacionais dos centros de dia onde foi realizado o diagnóstico.</p> <p>Distribuição de panfletos informativos e divulgação nos meios apropriados.</p>	<p>UCC</p> <p>Centros de Dia de A, A, O e S</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>3ª Semana julho 2020</p>	<p>Propostas resultantes das reuniões.</p> <p>Número de entrevistas realizadas.</p> <p>Documento produzido pela análise de conteúdo das entrevistas.</p>
---	---	---	--	-----------------------------	--

<p>Implementar o projeto e os seus objetivos a todos os Centros de Dia do Concelho de X</p>	<p>Elaboração e divulgação do projeto, através de panfleto informativo.</p> <p>Intervenção no grupo de acordo com as necessidades, assegurando uma transmissão de informação eficaz e ajustada.</p> <p>Distribuição de panfletos informativos e divulgação nos centros de dia.</p>	<p>Centros de Dia de A, A, O e S</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>Data a definir.</p>	<p>Propostas resultantes das reuniões.</p>
<p>Promover ações de formação acerca da necessidade de adoção de comportamentos promotores de boas práticas na higienização das mãos e utilização EPI.</p>	<p>Planeamento de cada sessão, considerando os objetivos, os recursos humanos e materiais necessários para a sua execução.</p> <p>Promoção de aprendizagens e competências na higienização das mãos.</p> <p>Sensibilização para a importância da diminuição de infeção por uma ótima higienização das mãos.</p>	<p>Centros de Dia de A, A, O e S</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>Data a definir.</p>	<p>Avaliar a eficácia da intervenção.</p> <p>Realização efetiva de sessões.</p> <p>Taxa de participantes nas sessões de formação.</p> <p>Taxa de participantes que avaliem de forma positiva as sessões.</p>

	<p>Capacitação para o desenvolvimento de uma boa higienização das mãos e utilização adequada de EPI.</p> <p>Promoção de respostas face às necessidades dos formandos.</p>				
<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.</p>	<p>Realização de reuniões com a equipa da UCC e os centros de dia para avaliação da implementação do projeto.</p> <p>Avaliação da formação/sessões de educação nos centros de dia.</p>	<p>UCC</p> <p>Centros de Dia de A, A, O e S</p>	<p>Aluno do 8.º Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública</p>	<p>Ao longo da implementação do projeto.</p>	<p>Avaliar a eficácia do projeto.</p> <p>Partilha de experiências na mudança de comportamento, em relação a uma adequada higienização das mãos.</p> <p>Avaliar as sessões através da “escala de Likert”.</p>

### **3-CONCLUSÃO**

A realização deste projeto teve em conta a metodologia do planeamento em saúde. Permitiu a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este projeto pretende ser um guião para uma intervenção comunitária, que contempla a proteção, promoção da saúde, a capacitação de grupos e comunidade e, desse modo, integrar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (OE, 2010).

Tendo consciência do interesse do projeto para a UCC “Flor-de-sal” e para alcançar os objetivos inicialmente propostos, para quem se propõe ser especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, compreendo que conseguir que uma comunidade/grupo de pessoas se motive para a mudança e que a mesma seja efetiva, acarreta dificuldades que tentarei superar, envolvendo os respetivos atores.

Após a implementação do projeto devem ser avaliadas as ações realizadas através da prática reflexiva, de modo a se conseguir um maior desenvolvimento pessoal e profissional neste grupo de assistentes operacionais.

## BIBLIOGRAFIA

- Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Acedido em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20Odos%20Santos%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1>
- Craig, J. e Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Delors, J. (2010). *Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Brasília: Faber-Castell. Acedido em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gonçalves, M. (2005). *Gestão de Resíduos Hospitalares: Conhecimentos, Opções e Perceções dos Profissionais de Saúde*. Dissertação de Doutoramento em Engenharia do Ambiente pela Universidade Nova de Lisboa. Acedido em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/3317/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Antonio%20Tavares.pdf>
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.) Lisboa: ENSP.
- Nascimento, N. e Travassos, C. (2010). O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20, pp. 625-651. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament\\_oCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_oCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>

Saloojee, H. e Steenhoff, A. (2001). The health professional's role in preventing nosocomial infections. *Postgraduate Medicine Journal*, 77, pp. 16-19. Acedido em: <http://www.bmjournals.com>

Silva, M. (2008). Programa remodelado. Que novidades? *Nursing*, 230, pp.4-7.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Pina E., Ferreira E., Marques A. e Matos B. (2010). Infeção associada aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Ver. Port. Saúde Pública*, 10, pp.27-39. Acedido em: [https://www.researchgate.net/publication/303550615\\_Infecoes\\_associadas\\_aos\\_cuidados\\_desaude](https://www.researchgate.net/publication/303550615_Infecoes_associadas_aos_cuidados_desaude)

Unidade de Cuidados na Comunidade Flor-de-sal (2019). Manual de Acolhimento para Formandos.

## Anexos

## Anexo I - Cronograma de atividades

**- CRONOGRAMA**

Mês/semana/dias Atividades	julho				setembro		outubro					novembro				dezembro
	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
	6-10	13-17	20-24	27-31	14-18	21-25	28-2	6-9	12-16	19-23	26-30	2-7	9-14	16-21	23-28	30-4
Introdução ao estágio II na UCC Flor-de-sal																
Elaboração do projeto de intervenção comunitária																
Reunião com a equipa da UCC para delinear o projeto																
Identificação dos centros de dia existentes no Concelho																
Reuniões de orientação com a professora orientadora e enf. cooperantes																
Reunião com as diretoras técnicas dos centros de dia																
Aplicar questionário																
Agendamento das sessões a realizar nos centros de dia																
Sessões de educação para a saúde nos centros																

de dia																
Seminário na escola																
Elaboração e entrega de folheto sobre higienização das mãos e utilização de EPI																
Pesquisa Bibliográfica																
Divulgação e análise dos resultados																
Monitorização e acompanhamento do projeto																
Elaboração do relatório de estágio																
Discussão do relatório de estágio																

Nota: Algumas das atividades ainda não estão programadas porque dependem da disponibilidade dos centros de dia.

**ANEXO II – Autorização do Diretor Executivo**

## DECLARAÇÃO

Carlos Manuel Marques Ferreira, Diretor Executivo do ACES Lezíria, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP), declaro que autorizo a realização do estudo «**A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, UMA PRIORIDADE A SER IMPLEMENTADA E CONSOLIDADA**» a aplicar no ACES Lezíria – Unidade de Cuidados na Comunidade de

Mais informo que o ACES Lezíria, apresenta os recursos humanos e logísticos essenciais à realização do referido estudo, em condições éticas adequadas.

Santarém, 12 de outubro de 2020

  
Carlos M. M. Ferreira  
Diretor Executivo

**ANEXO III – Guião de entrevista as Diretoras Técnicas dos Centros de Dia**



## **Guião de entrevista – Diretoras Técnicas dos Centros de Dia de A Ocupacionais e Esportivos**

### Objetivo Geral:

Conhecer melhor o grupo alvo

### Objetivos Específicos:

Compreender as atividades/rotinas, do grupo alvo;

Conhecer quais as atividades que realizam;

Conhecer o feedback das auxiliares, em relação às atividades realizadas e necessidades formativas.

### **Questões**

1 – Quais as atividades que realizam no dia-a-dia, a frequência com que são realizadas e as dificuldades sentidas? Pontos a melhorar?

2 - Considera haver alguma necessidade a ser desenvolvida através da formação? Qual a receptividade do grupo face à formação?

3 - Qual a melhor altura do dia para realizar a formação? O que faz, no caso de uma ou várias AO não quererem assistir à formação?

**ANEXO IV - Consentimento informado para as entrevistas as Informantes chave**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Entrevistado: Informante-chave: \_\_\_\_\_

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

Local: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

Eduardo Gil, enfermeiro e estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade de \_\_\_\_\_ do ACES Lezíria está a desenvolver um projeto de intervenção nos Centros de Dia de \_\_\_\_\_ sobre o tema **Higienização das Mãos**, que tem como objetivo geral: contribuir para a capacitação das assistentes operacionais de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente por deficit de higienização das mãos.

Para que tal seja possível, solicita-se a sua colaboração na entrevista, enquanto informantes chave dos centro de dia do Concelho de \_\_\_\_\_, no sentido de fornecer alguns dados que sejam considerados pertinentes para responder às questões. Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicita-se que, após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento.

ASSINATURA:

\_\_\_\_\_

ASSINATURA:

\_\_\_\_\_

## **ANEXO V - Análise de Conteúdo das Entrevistas**

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES-CHAVE

Para analisar as “Entrevista dos informantes chave” teve-se em consideração os seguintes temas:

- Atividades desenvolvidas pelas assistentes operacionais;
- Dificuldades sentidas pelas assistentes operacionais;
- Necessidades formativas.

Questão	Categoria	Unidades de registo significativas
– Quais as atividades que realizam no dia-a-dia, a frequência com que são realizadas e as dificuldades sentidas? Pontos a melhorar?	Atividades desenvolvidas pelas assistentes operacionais	<p>E1 – “As assistentes dedicam-se ao serviço, executando o serviço de forma exemplar.” I3 e I4</p> <p>“...realizam os cuidados aos utentes em segurança, mas com precauções.” I3 e I4</p> <p>“...criar rotinas com segurança, para não nos expormos e correremos riscos.” I6</p> <p>“As AO têm funções exigentes e de responsabilidade...” I7</p> <p>E2 – “...apoio domiciliário a nível da resposta de centro de dia...” I2</p> <p>“...fazemos cá a sua higiene, alimentação, fazemos também o tratamento de roupas...” I4</p> <p>E3 – “...sobretudo na resposta de apoio domiciliário.” I1 e I2</p> <p>“A higiene habitacional, a higiene diária com banhos, as refeições e o apoio nas refeições, higienização da roupa e tratamento, preparação de medicação...” I2, I3 e I4</p> <p>“...gostam do que fazem e no fundo acho que para se trabalhar nesta área também se tem de sentir que há uma missão por de trás...” I7 e I8</p> <p>“...houve aqui uma certa exigência mesmo a nível pessoal de adaptação elas sempre se demonstraram abertas a isso e com vontade de participar e fazer melhor.” I12, I13 e I14</p> <p>E4 – “...agora não estamos a realizar nada (devido as circunstâncias)” I1</p> <p>“Fazemos convívios, almoços...” I3</p>

		<p>“...cá na instituição não fazemos muita coisa,” I4</p> <p>“...caminhadas diárias com eles...vamos fazer passeios,” I5</p> <p>“...as assistentes estão satisfeitas com as suas atividades,” I6 e I7</p> <p>“...têm dificuldades em gerir as adversidades do dia-a-dia, andam muito sobrecarregadas no trabalho...” I7 e I8</p> <p>“...dificuldades em lidar com o stress...” I8 e I9</p> <p>“A exigência das viagens e as rotinas sempre semelhantes provocam constrangimentos.” I9</p>
<p>Considera haver alguma necessidade a ser desenvolvida através da formação? Qual a receptividade do grupo face à formação?</p>	<p>Dificuldades sentidas pelas assistentes operacionais</p>	<p>E1 – “Há sempre necessidade de melhorar alguma coisa.” I4</p> <p>“...situações peculiares e temos que estar preparadas para fazer face a sua resolução.” I5</p> <p>“A necessidade de formação passa pelas carências do dia-a-dia.” I10</p> <p>E2 – “...é sempre importante haver formação a nível de cuidados que devemos ter...” I11</p> <p>“...nunca é demais relembrar a utilização de máscaras, higienização das mãos.” I12</p> <p>“...nem todas as pessoas estão recetivas... e não compreendem a gravidade das coisas...” I13</p> <p>“...nunca é demais relembrar, sobretudo se vierem de um profissional de saúde...” I14 e I15</p> <p>“...não cumprem as regras.” I18</p> <p>E3 – “A formação é sempre interessante...” I15</p> <p>“...apostar nos refresh em determinados temas e áreas (utilização de EPI`s, primeiros socorros, lavagem das mãos...” I15 e I16</p> <p>“...a formação em primeiros socorros é sempre útil...” I17</p> <p>“...são sempre muito uteis.” I20</p> <p>“...pode não haver entusiasmo e pode não se ver a formação como não prioritária...” I24 E I25</p>

		<p>E4 – “Tanta coisa!” I10</p> <p>“...cuidados a ter no dia a dia (posturais, lavagem mãos utilização de máscaras entre outros equipamentos de proteção).” I11 e 12</p> <p>“A equipa de AO é resistente à formação, mas referem necessidades. Há dificuldade em fazer formação pelo horário sobrecarregado que têm...” I13 e I14</p>
<p>Qual a melhor altura do dia para realizar a formação? O que faz, no caso de uma ou várias AO não quererem assistir à formação?</p>	<p>Necessidades formativas</p>	<p>E1 – “Por vezes os conhecimentos são insuficientes...” I8</p> <p>“Acho que a formação é uma mais-valia e uma necessidade.” I9 e I10</p> <p>“Elas estão disponíveis para a formação dentro do horário laboral.” I12 e I13</p> <p>E2 – “... tenho AO com experiência, mas sem formação.” I18 e I19</p> <p>“...a formação dá bases para enfrentar as necessidades do dia-a-dia.” 19 e I20</p> <p>“...algumas têm necessidade de formação, em primeiros socorros, utilização de EPI, e lavagem mãos.” I20 e 21</p> <p>“A seguir as 14.00, porque de manhã passa muito rápido e assim todas participariam.” I21 e I22</p> <p>E3 – “...seria mais ao fim do dia, ou seja, de tarde dentro do horário de trabalho se possível até as 17 H.” I22 e I23</p> <p>“Eu penso que estarão recetivas, a questão aqui é a carga de trabalho...” I23 e I24</p> <p>“...quando se começa com os temas e começa a haver envolvimento e as coisas depois alteram-se em termos de aceitações...” I25, I26 e I27</p> <p>E4 – “Formação na parte da tarde...” I15</p> <p>“Todas estariam interessadas em fazer a formação.” I16 e I17</p>

**ANEXO VI - Resposta da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém**

**COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM**

**EMISSÃO DE PARECER 102020Saúde**

Identificação do Investigador | **Eduardo Gil**

Identificação do Projeto | **Capacitar para cuidar**

**PARECER**

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação, integrado em unidade curricular de curso conferente de grau;
- Identificação das instituições envolvidas (Escola Superior de Saúde de Santarém e Aces Lezíria, USF Foral Novo Alcanede);
- Os objetivos são apresentados, ocorrendo frágil fundamentação teórica o que não permite compreender o processo de desenvolvimento do projeto;
- O recrutamento dos participantes é apresentado, referindo como População 39 assistentes operacionais, sendo a participação voluntária;
- A metodologia quantitativa e qualitativa e respetivos instrumentos apresentados, são adequados;
- O consentimento informado aos participantes, é apresentado e, salvaguarda a participação voluntária e a anonimização dos participantes;
- Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros) suporta o enquadramento dos investigadores, salvaguardando-se as condições associadas à confidencialidade dos dados recolhidos e do tratamento destes;

Recomenda-se que:

Seja reportado como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente as gravações, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

**Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerentes ao respeito pela autonomia dos participantes.**

Assinatura

Santarém, 26 de outubro 2020



Carla Chicau Borrego  
(Coordenadora da Comissão de Ética)

**ANEXO VII - Resposta para a utilização do questionário**

Maria Goreti Silva

qua, 05/08/2020 12:51



Para: Eduardo Santos Carvalho Botelho Gil | USF Foral Novo

Cc: Ana Lebre; DGS - PPCIRA

Exmo. Sr. Enfermeiro Eduardo Gil

Boa tarde.

Em nome da Direção do PPCIRA, vimos parabenizá-lo pela frequência no 8º Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde de Santarém e pelo facto de ter escolhido uma área de estudo e investigação relevante para o PPCIRA. Desejamos-lhe desde já, os maiores sucessos.

Não nos podemos pronunciar sobre o instrumento de colheita de dados que está a elaborar ou já elaborou, com base no formulário n.º 6 que solicitou, ou se irá usar o referido formulário do PPCIRA, dado não nos ter sido enviado em anexo. Quanto à sua solicitação de autorização para utilizar o instrumento de colheita dados, questionário 6 do PPCIRA, para monitorização da higiene das mãos, nada temos a opor.

Consideramos que os objetivos que traçou para o seu estudo são muito interessantes do ponto de vista de complementaridade à avaliação que o PPCIRA faz anualmente desta prática, pelo que, solicitamos que ao terminar o Mestrado possa partilhar com o PPCIRA os resultados do seu estudo.

Os nossos melhores cumprimentos,

Pl'a Direção do PPCIRA - Coordenação do Macroprocesso 1-VE,

Ana Lebre

Maria Goreti Silva

---

**De:** EXPEDIENTE\_USER <expediente\_user@dgs.min-saude.pt>

**Enviado:** 20 de julho de 2020 16:57

**Para:** DGS - PPCIRA <ppcira@dgs.min-saude.pt>

**Assunto:** FW: Pedido autorização para utilização de questionário (Departamento da qualidade na Saúde)

**ANEXO VIII - Consentimento informado para preenchimento do questionário**



## Consentimento Informado

### Ex<sup>o</sup> Senhor (a)

Eduardo Gil, enfermeiro e estudante do 8<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade de do ACES Lezíria está a desenvolver um projeto de intervenção nos Centros de Dia de , sobre o tema Higienização das mãos, que tem como objetivo geral: contribuir para a capacitação das assistentes operacionais de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao uten .

Este estudo envolverá a sua participação através de resposta a um questionário já validado. Trata-se de um instrumento de colheita de dados com o fim de avaliar a perceção dos assistentes operacionais sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos, disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde. Pretende-se levantar resultados significativos, que ajudem a centrar as intervenções e estratégias mais adequadas.

Neste sentido, apelamos à sua participação, sendo a decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.

É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste projeto.

Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Ao responder às questões está a consentir a sua participação garantindo que compreendeu tudo o que lhe foi explicado anteriormente.

O questionário terá a duração de aproximadamente 10 minutos.



## Certificado de Consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto que se está a desenvolver na UCC de do ACES Lezíria nos centros de dia , sobre o tema Higienização das mãos. O objetivo geral passa por contribuir para a capacitação das assistentes operacionais de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente por ~~deficit~~ de higienização das mãos.

Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Participarei através de resposta a um questionário com o fim de avaliar a perceção das assistentes operacionais sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos, disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde. Pretende-se levantar resultados significativos, que ajudem a centrar as intervenções e estratégias mais adequadas.

Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais.

Estou consciente que não haverá nenhum benefício direto nem incentivo pela minha participação neste estudo.

Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Fui informado(a) do nome e contacto do investigador.

Para o efeito declaro que aceito/não, aceito (**riscar o que não interessa**)

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

Nome do Participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_

Eu, enfermeiro, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

**ANEXO IX - Questionário Higienização das Mãos**



### Questionário

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), foi proposto a realização de um Projeto de Intervenção Comunitária, que pretende estudar a higienização das mãos e as infeções associadas aos cuidados, torna-se essencial a aplicação de um questionário aos profissionais.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são segundo a Direção Geral da Saúde (2007) infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que podem, também, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.

A higienização das mãos corresponde à lavagem com água e sabão ou à fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (Direção Geral da saúde, 2010).

Assim, por estar diariamente em contacto direto com utentes, estamos interessados na sua opinião sobre a higienização das mãos e infeções associadas aos cuidados de saúde.

O presente questionário é baseado no “Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos” disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifesto desde já os meus agradecimentos.

Não levará mais do que 10 minutos para responder.

Por favor, leia as perguntas com atenção. As suas respostas são anónimas.

1. Data: \_\_\_\_\_

2. Género:  Feminino  Masculino

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Grupo Profissional:  Enfermeiro  Assistente operacional  Outro \_\_\_\_\_

5. Tempo de atividade profissional: \_\_\_\_\_ anos

6. Tempo de atividade profissional no atual serviço: \_\_\_\_\_ anos

7. Habilitações académicas

Bacharelato .....

Licenciatura .....

Mestrado .....

Outra .....

Qual? \_\_\_\_\_

8. Situação Contratual / Tipo de vínculo à instituição: \_\_\_\_\_

9. Na sua opinião, qual é a eficácia da higienização das mãos na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Indeciso	Alto	Muito alto

10. De entre todos os assuntos relativos à segurança do doente, qual é a importância da higienização das mãos nas prioridades dos gestores da sua instituição?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Indeciso	Alto	Muito alto

11. Na sua opinião, as seguintes ações teriam influência no aumento da adesão à prática de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada uma delas. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/ nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

Ações					
1 – As chefias apoiam e promovem abertamente a higienização das mãos.	1	2	3	4	5
2 - O serviço disponibiliza a preparação alcoólica para higienização das mãos no local da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
3 - A informação sobre a higienização das mãos está exposta no local da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
4 – Todos os profissionais de saúde têm formação em higienização das mãos.	1	2	3	4	5
5 - Estão visíveis instruções claras e simples sobre a higienização das mãos para cada profissional de saúde.	1	2	3	4	5
6 - Pratica uma perfeita higienização das mãos (sendo um bom exemplo para os restantes profissionais de saúde).	1	2	3	4	5
7 - Os doentes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as suas mãos.	1	2	3	4	5

12. Considere as seguintes afirmações, relativas à importância dada a higienização das mãos.

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada uma delas. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/ nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

Afirmações					
1 - As chefias dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5
2 - Os seus colegas dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5
3 - Os doentes dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5

13. Acha necessário um grande esforço para fazer uma boa higienização das mãos, ao prestar cuidados aos doentes?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/ nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Teve alguma formação sobre higienização das mãos?

Sim  Não

15. Existe alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos no seu serviço?

Sim  Não

16. Qual dos produtos utiliza com mais frequência na higienização das mãos?

- Sabão líquido e água
- Clorhexidina a 2%
- Álcool a 70%
- Solução antisséptica de base alcoólica (SABA)

17. Qual o material que utiliza com mais frequência para a secagem das mãos?

- Toalhas de tecido
- Toalhas de papel descartável
- Ar aquecido

Compressas descartáveis

Outro \_\_\_\_\_

18. Dos passos que constituem a técnica de higienização das mãos, assinale a frequência com que habitualmente os pratica.

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Indeciso	Muitas vezes	Sempre

Passos da higienização das mãos					
1 – Retira anéis, pulseiras e relógios	1	2	3	4	5
2 – Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos	1	2	3	4	5
3 – Esfrega palma com palma das mãos	1	2	3	4	5
4 - Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa	1	2	3	4	5
5 – Esfrega espaços interdigitais e unhas	1	2	3	4	5
6 – Esfrega punhos e polegares	1	2	3	4	5
7 – Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos	1	2	3	4	5
8 – Seca as mãos com toalhete descartável	1	2	3	4	5
9 – Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável	1	2	3	4	5

18.1. Dos momentos em que procede à higienização das mãos, assinale a frequência com que a pratica.

Momentos					
1 – Antes do contacto com o doente	1	2	3	4	5
2 – Antes de procedimentos limpos/asséticos/cirúrgicos	1	2	3	4	5
3 – Após risco de exposição a fluidos orgânicos	1	2	3	4	5
4 – Após o contacto com o doente	1	2	3	4	5
5 – Após contacto com o ambiente envolvente do doente	1	2	3	4	5
6 – Antes da preparação de medicação	1	2	3	4	5
7 – Após a preparação de medicação	1	2	3	4	5
8 – Depois de colaborar nas refeições do doente	1	2	3	4	5
9 – Antes do uso de luvas	1	2	3	4	5
10 – Após o uso de luvas	1	2	3	4	5

11 – Antes dos cuidados de higiene e troca de roupa do doente	1	2	3	4	5
12 – Após os cuidados de higiene e troca de roupa do doente	1	2	3	4	5
13 – Entre procedimentos diferentes no mesmo doente	1	2	3	4	5
14 – Entre a prestação de cuidados a diferentes doentes	1	2	3	4	5
15 – Após contacto com a pele íntegra do doente	1	2	3	4	5
16 – Após o toque em equipamento ou superfícies próximas do doente	1	2	3	4	5

19. Na sua opinião, quais dos seguintes aspetos considera serem obstáculos à adequada higienização das mãos?

- Sobrecarga de trabalho
- Número reduzido de dispensadores de SABA/sabão
- Número reduzido de profissionais de saúde em cada turno
- Unhas compridas e com verniz
- Não considero importante a higienização das mãos

20. Sente maior dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos em que turno?

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Indiferente

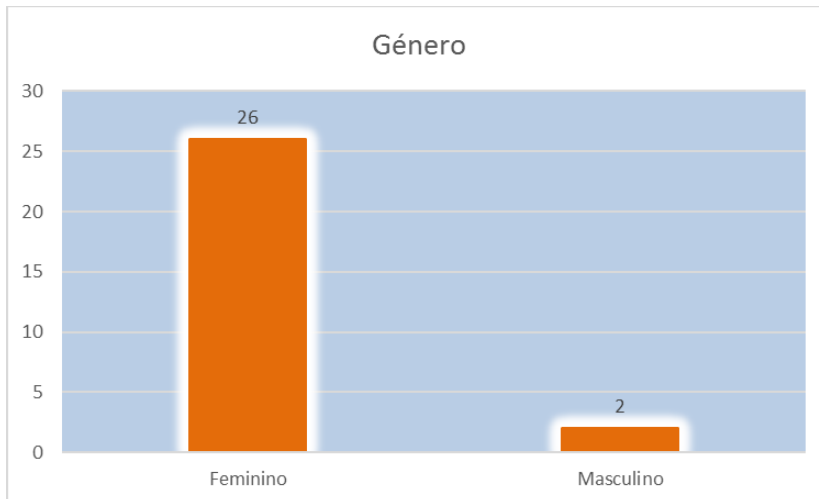
Muito obrigado pela sua participação!

Eduardo Gil,

Aluno do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ESSS)

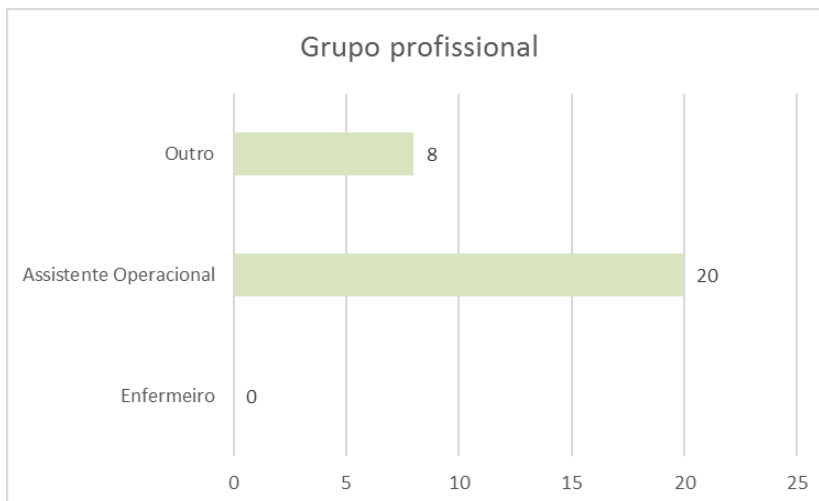
**ANEXO X – Dados resultantes do questionário**

2. G nero:



3. Idade: Média de Idades 45,6 anos.

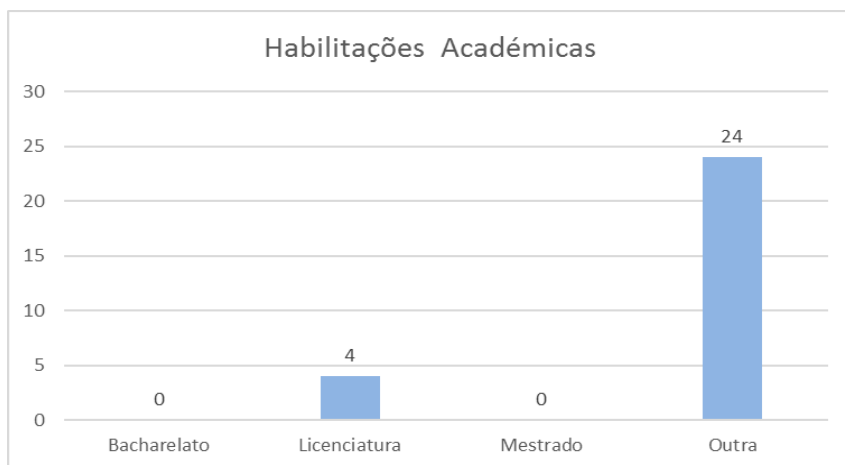
4. Grupo Profissional:



5. Tempo de atividade profissional: **Média de tempo de trabalho: 14,01 anos**

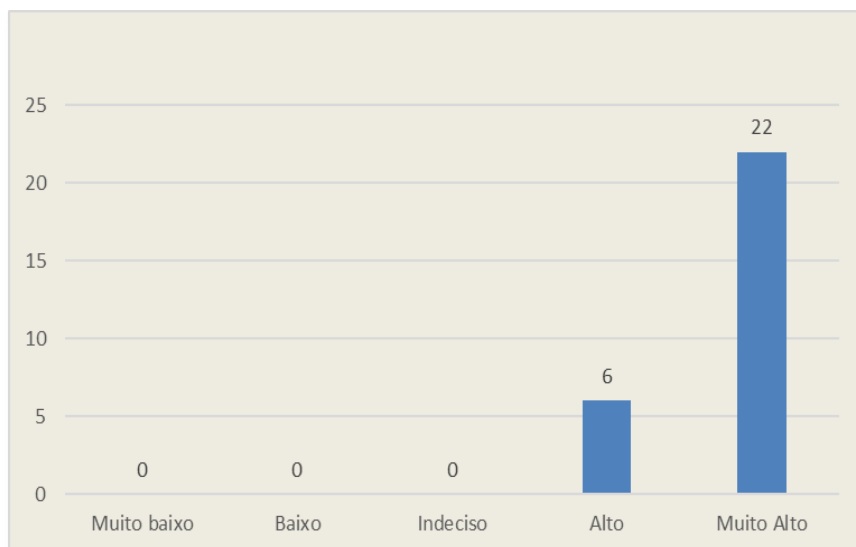
6. Tempo de atividade profissional no atual serviço: **Média de 8,67 anos nesta atividade**

## 7. Habilitações académicas

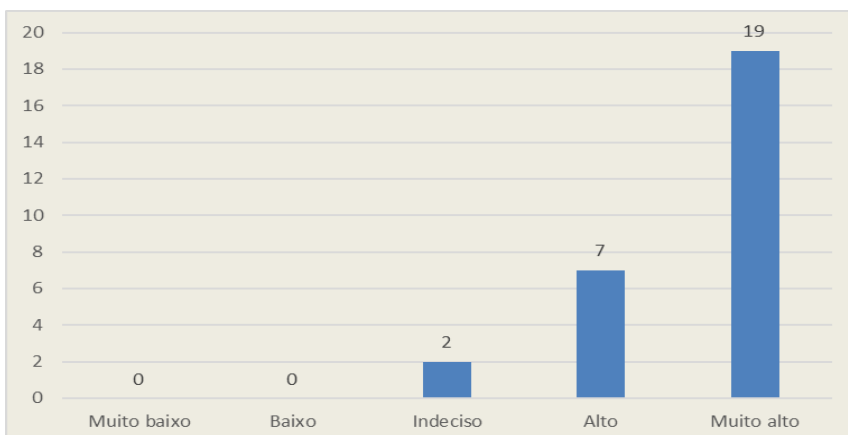


## 8. Situação Contratual / Tipo de vínculo à instituição: **Efetivo**

9. Na sua opinião, qual é a eficácia da higienização das mãos na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde?

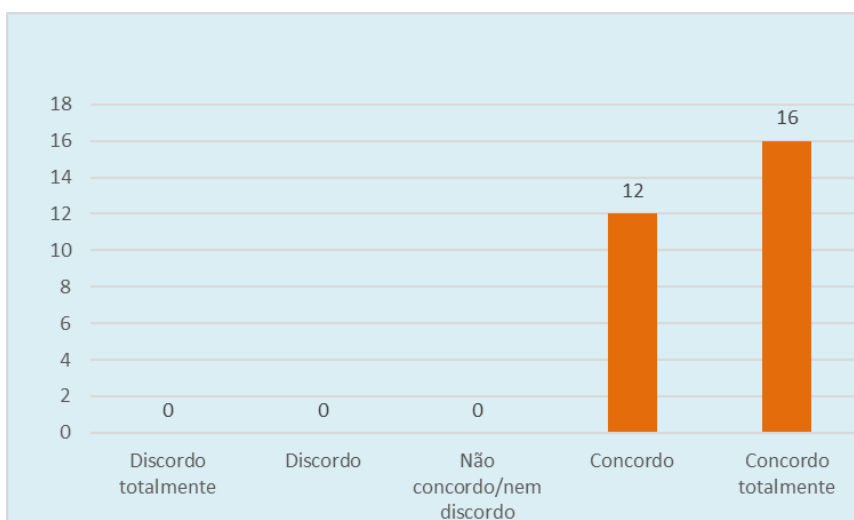


10. De entre todos os assuntos relativos à segurança do doente, qual é a importância da higienização das mãos nas prioridades dos gestores da sua instituição?

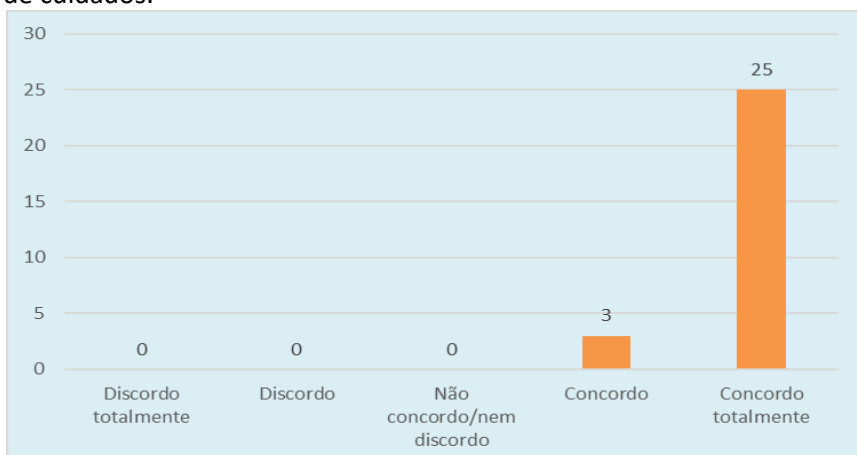


11. Na sua opinião, as seguintes ações teriam influência no aumento da adesão à prática de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde?

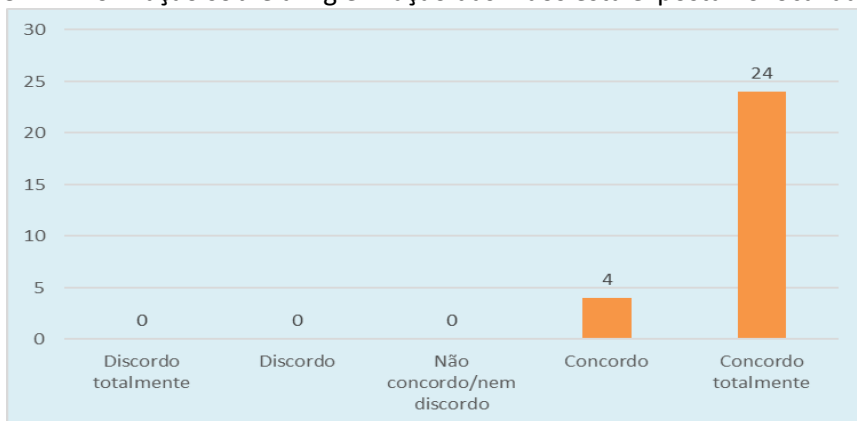
1 – As chefias apoiam e promovem abertamente a higienização das mãos.



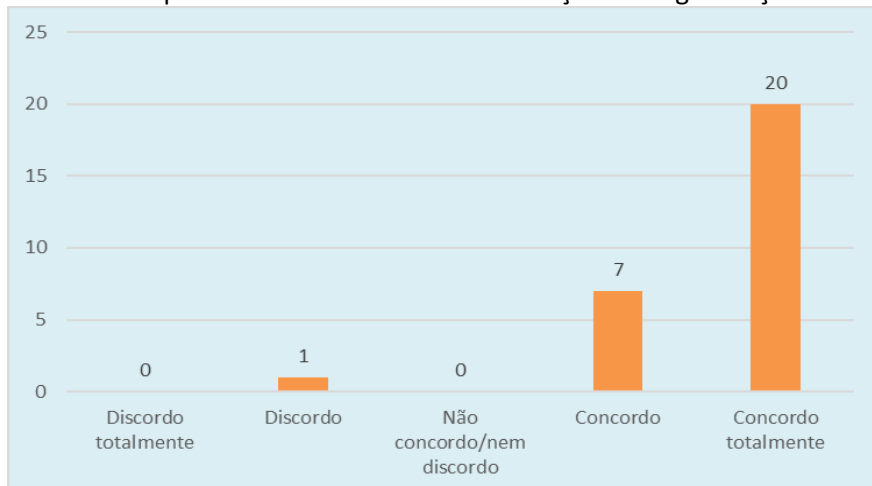
2 - O serviço disponibiliza a preparação alcoólica para higienização das mãos no local da prestação de cuidados.



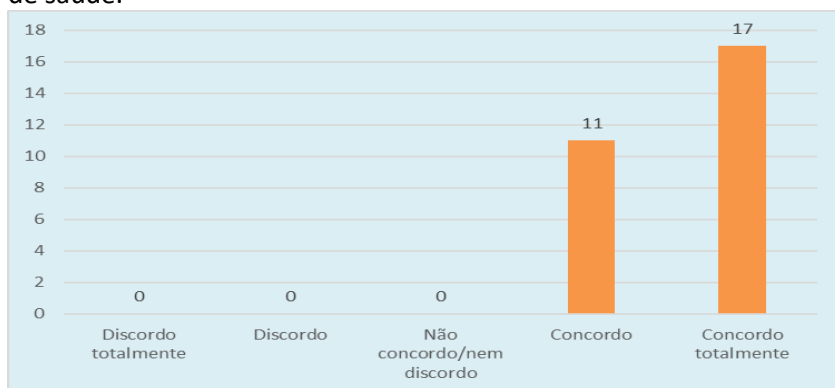
3 - A informação sobre a higienização das mãos está exposta no local da prestação de cuidados.



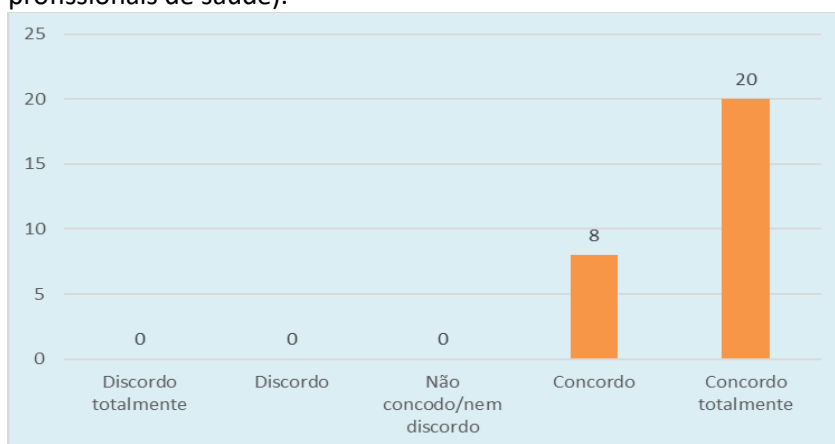
4 - Todos os profissionais de saúde têm formação em higienização das mãos.



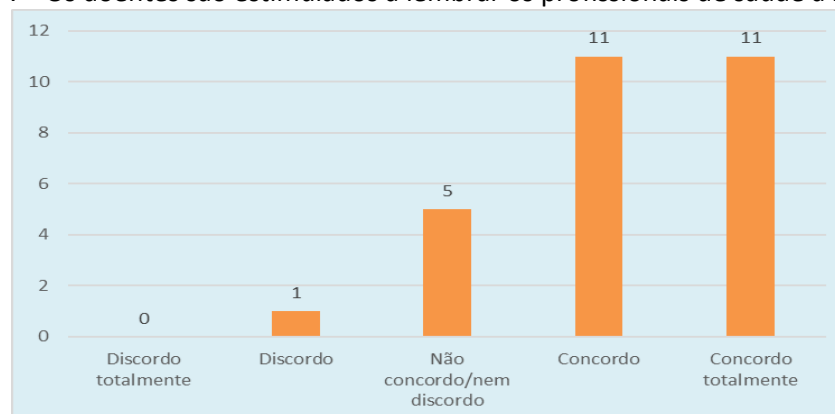
5 - Estão visíveis instruções claras e simples sobre a higienização das mãos para cada profissional de saúde.



6 - Pratica uma perfeita higienização das mãos (sendo um bom exemplo para os restantes profissionais de saúde).

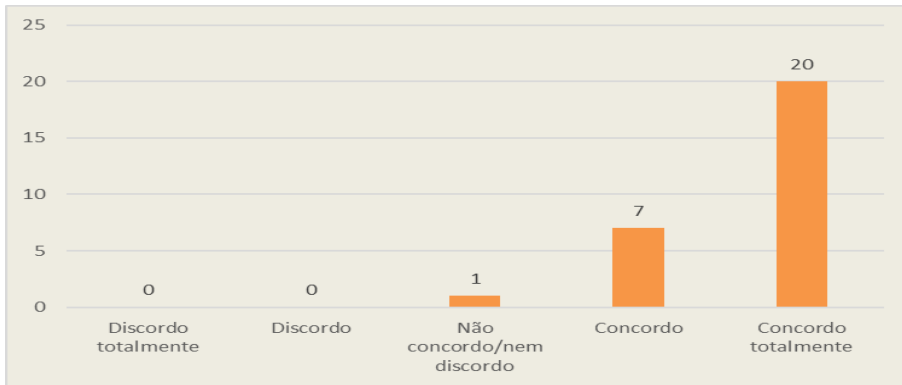


7 - Os doentes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as suas mãos.

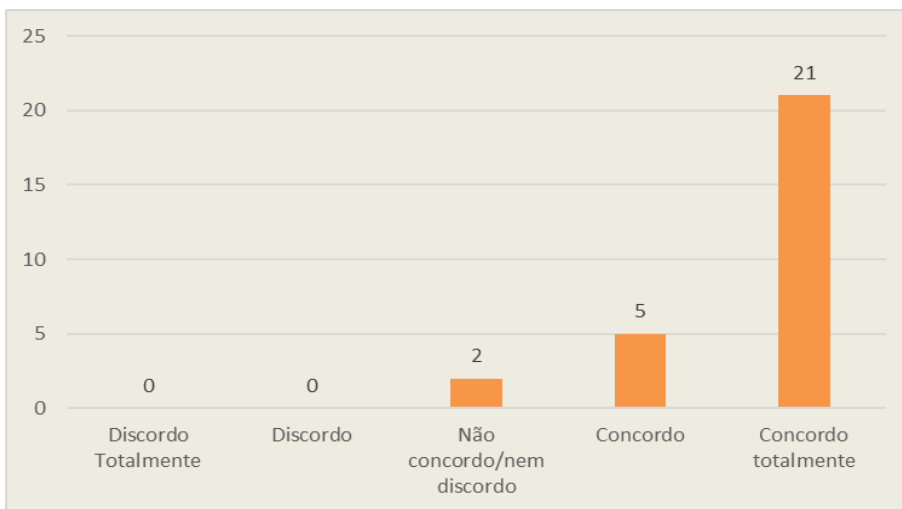


12. Considere as seguintes afirmações, relativas à importância dada a higienização das mãos.

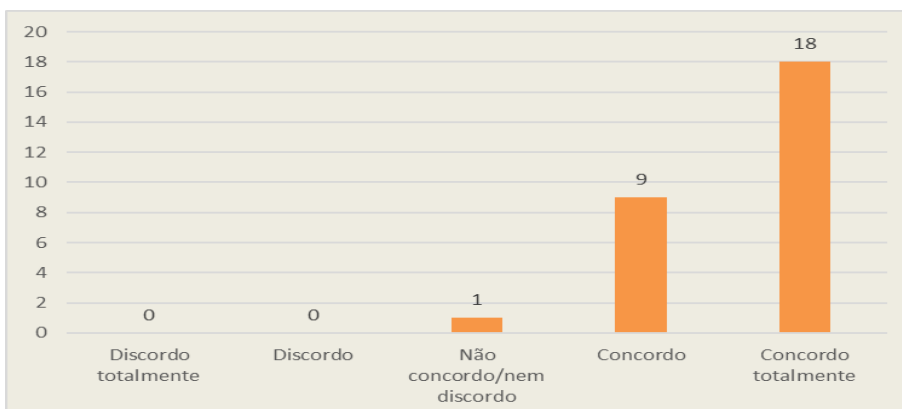
1 - As chefias dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos



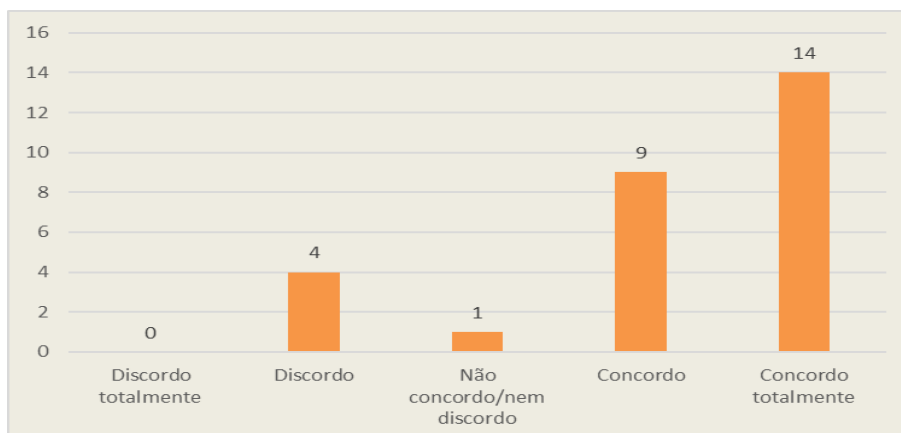
2 - Os seus colegas dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos



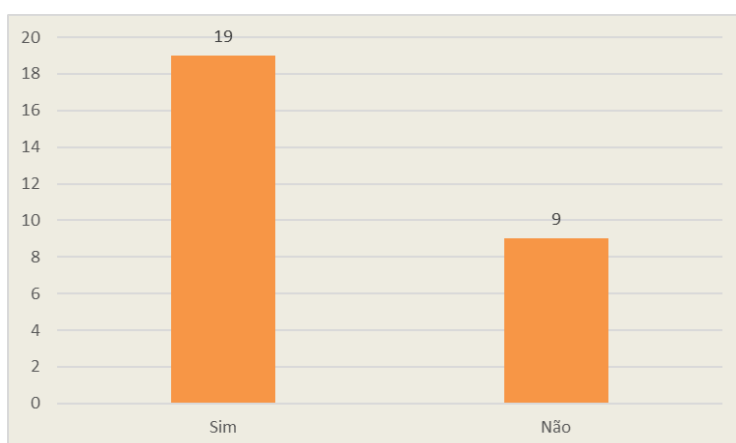
3 - Os doentes dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos



13. Acha necessário um grande esforço para fazer uma boa higienização das mãos, ao prestar cuidados aos doentes?

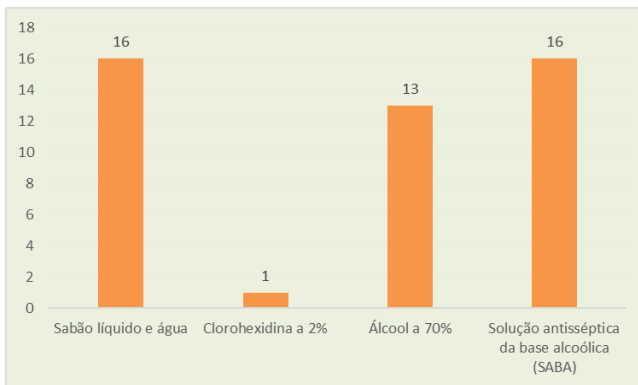


14. Teve alguma formação sobre higienização das mãos?

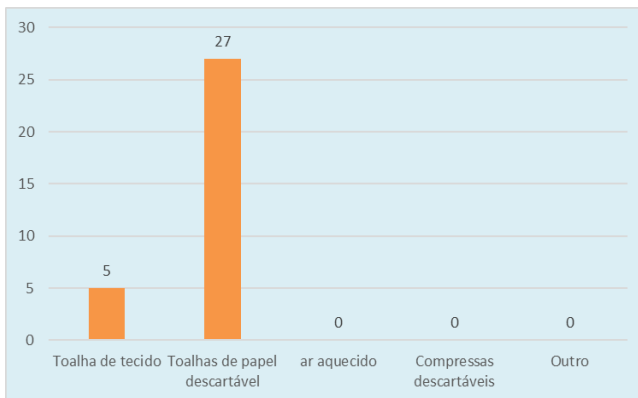


15. Existe alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos no seu serviço?  
**28 respostas afirmativas**

16. Qual dos produtos utiliza com mais frequência na higienização das mãos?



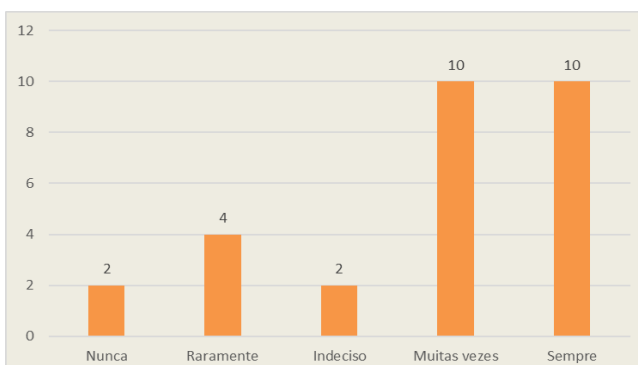
17. Qual o material que utiliza com mais frequência para a secagem das mãos?



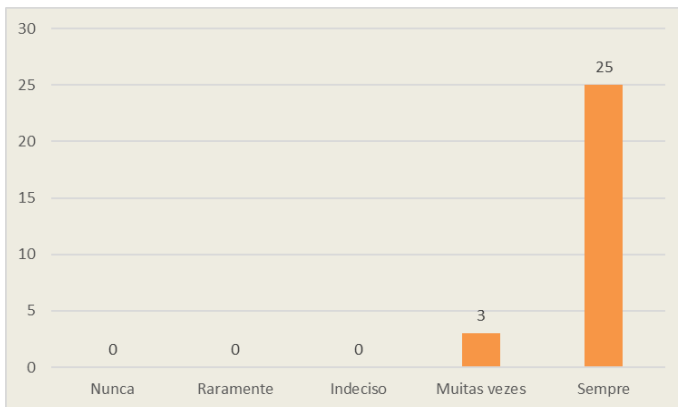
18. Dos passos que constituem a técnica de higienização das mãos, assinale a frequência com que habitualmente os pratica.

**Passos da higienização das mãos**

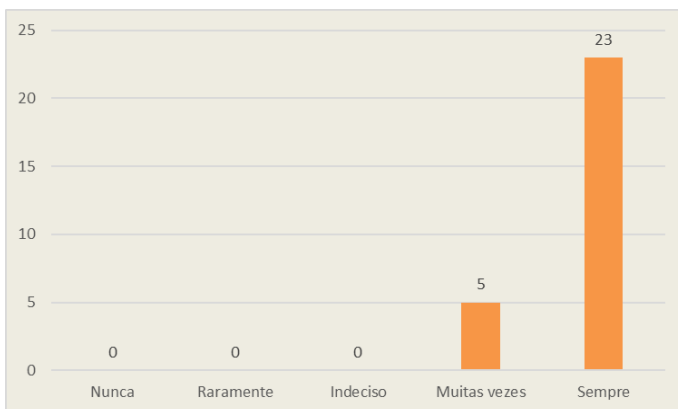
1 – Retira anéis, pulseiras e relógios



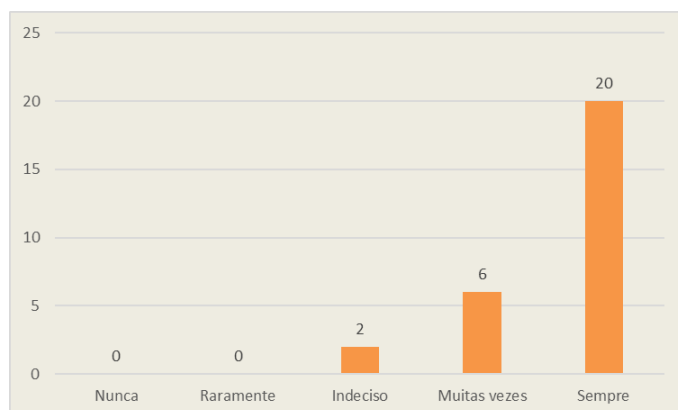
## 2 – Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos



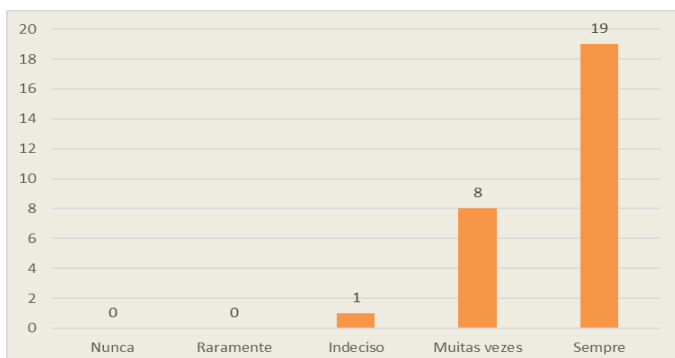
## 3 – Esfrega palma com palma das mãos



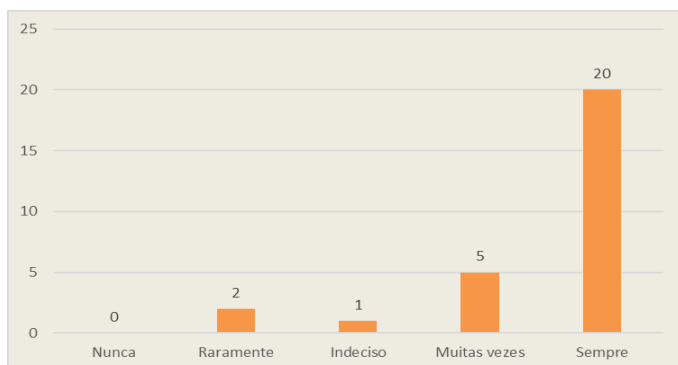
## 4 - Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa



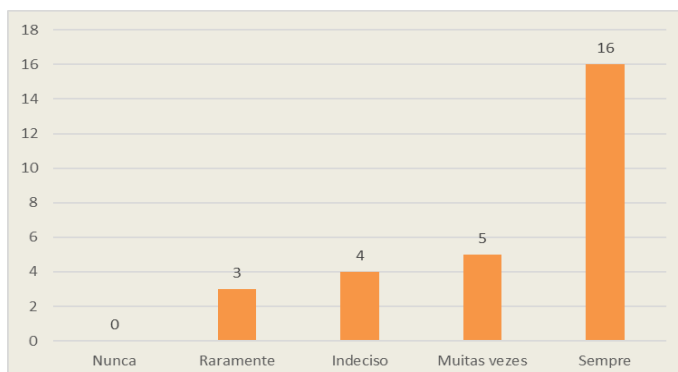
### 5 – Esfrega espaços interdigitais e unhas



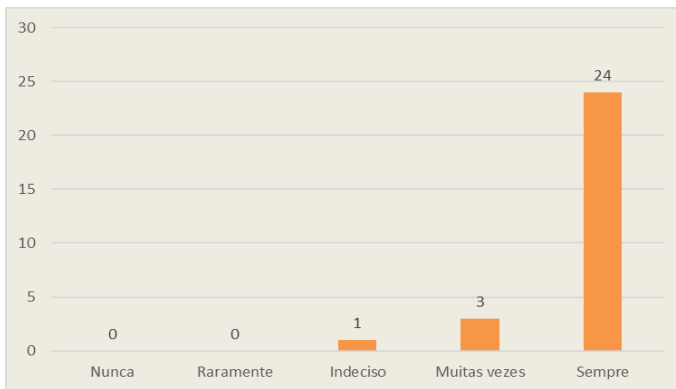
### 6 – Esfrega punhos e polegares



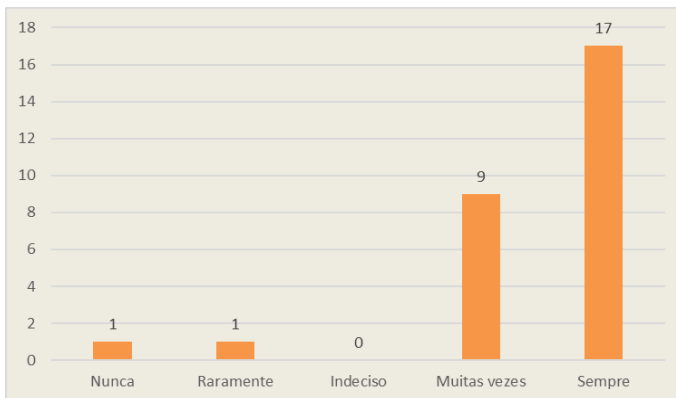
### 7 – Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos



## 8 – Seca as mãos com toalhete descartável



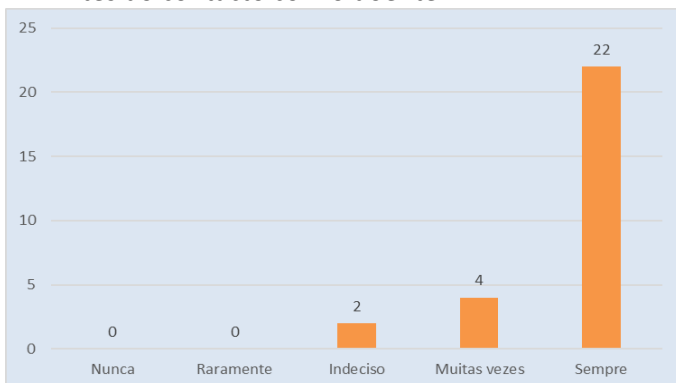
## 9 – Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável



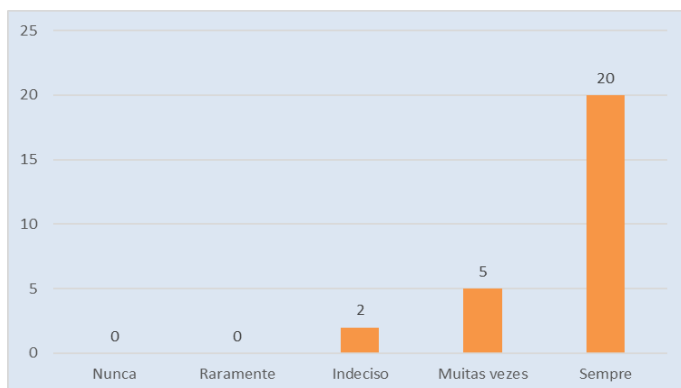
18.1. Dos momentos em que procede à higienização das mãos, assinale a frequência com que os pratica.

### Momentos

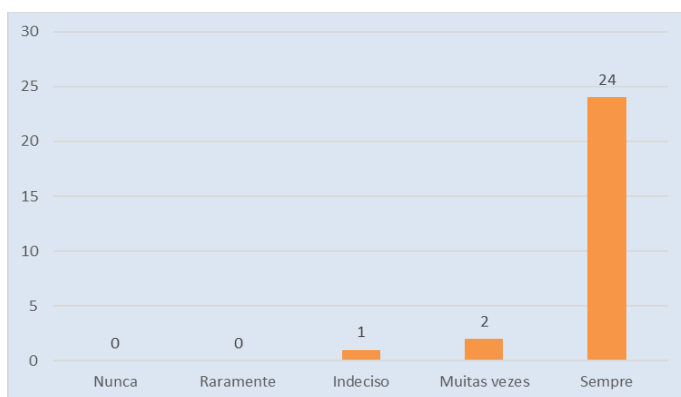
#### 1 – Antes do contacto com o doente



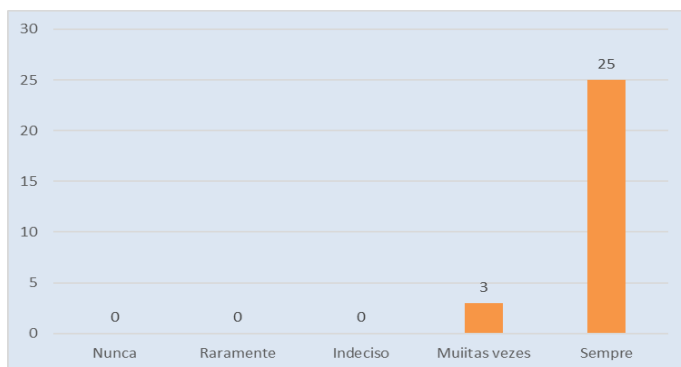
## 2 – Antes de procedimentos limpos/asséticos/cirúrgicos



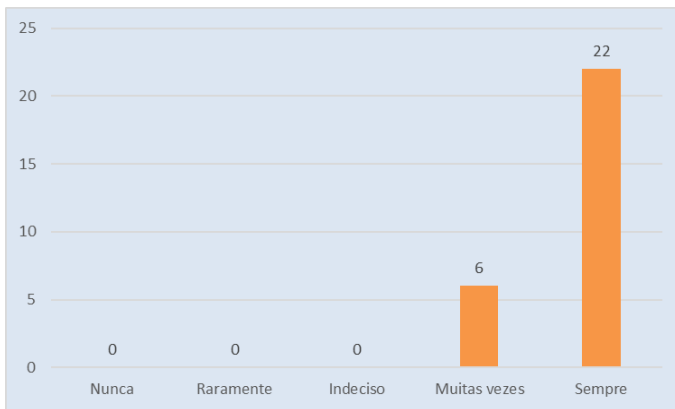
## 3 – Após risco de exposição a fluídos orgânicos



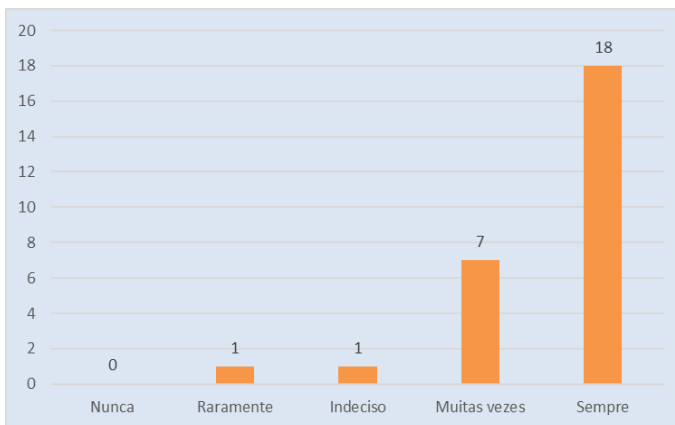
## 4 – Após o contacto com o doente



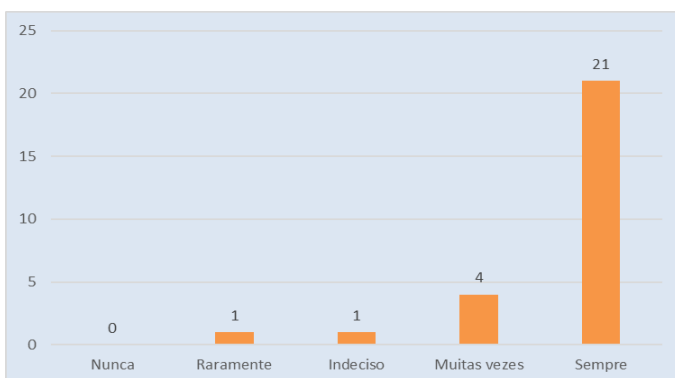
### 5 – Após contacto com o ambiente envolvente do doente



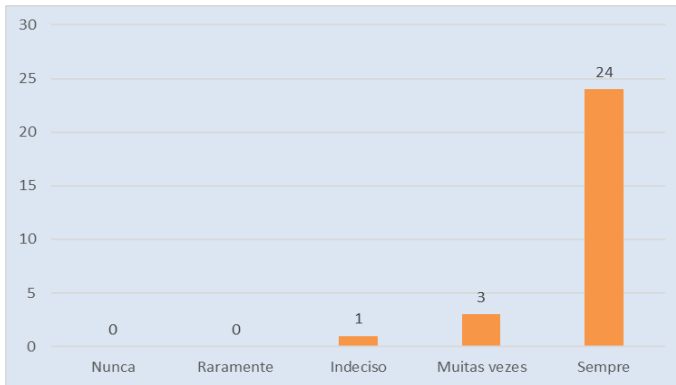
### 6 – Antes da preparação de medicação



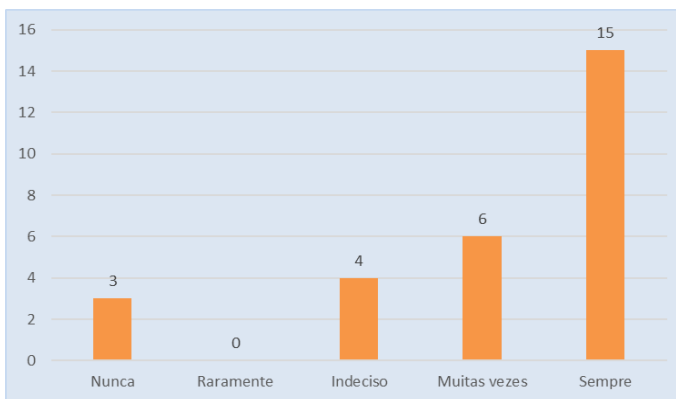
### 7 – Após a preparação de medicação



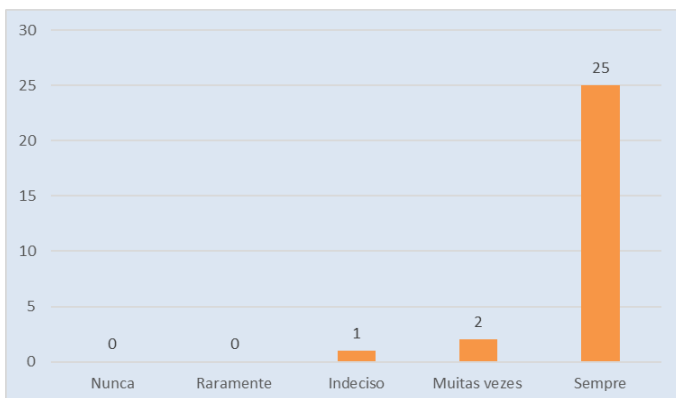
### 8 – Depois de colaborar nas refeições do doente



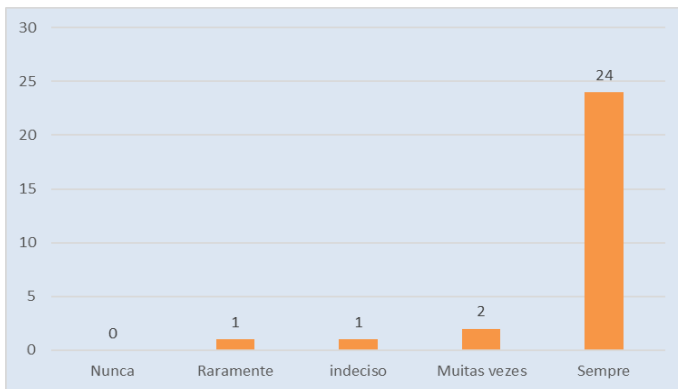
### 9 – Antes do uso de luvas



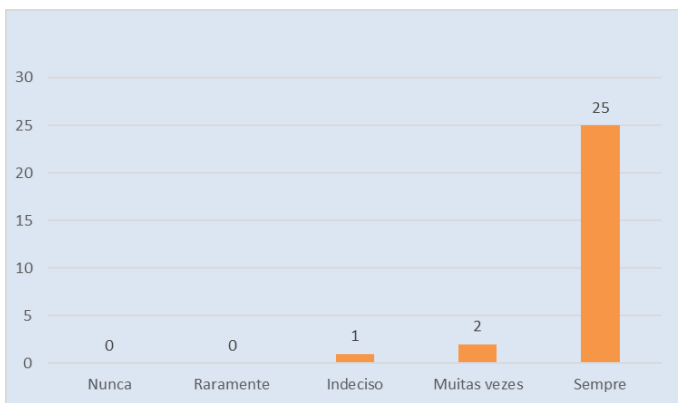
### 10 – Após o uso de luvas



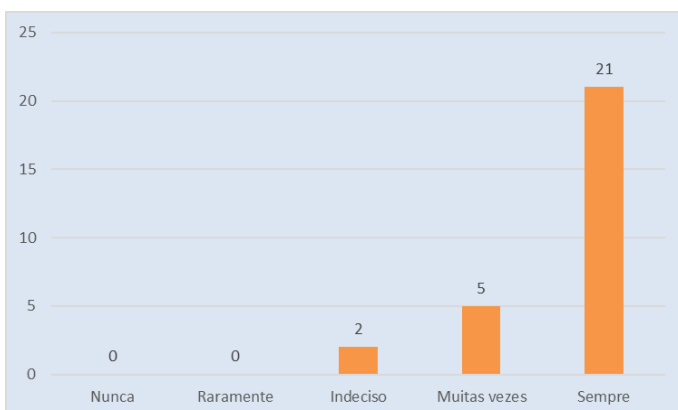
### 11 – Antes dos cuidados de higiene e troca de roupa do doente



### 12 – Após os cuidados de higiene e troca de roupa do doente



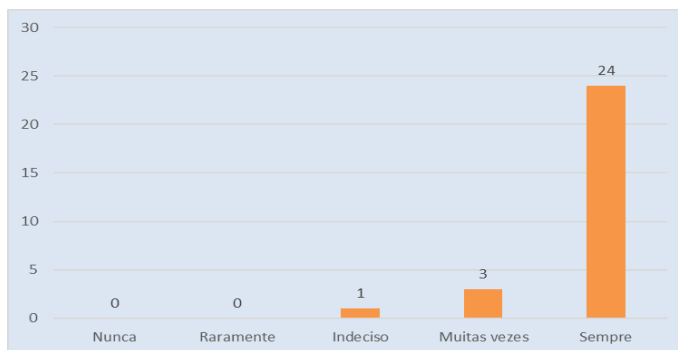
### 13 – Entre procedimentos diferentes no mesmo doente



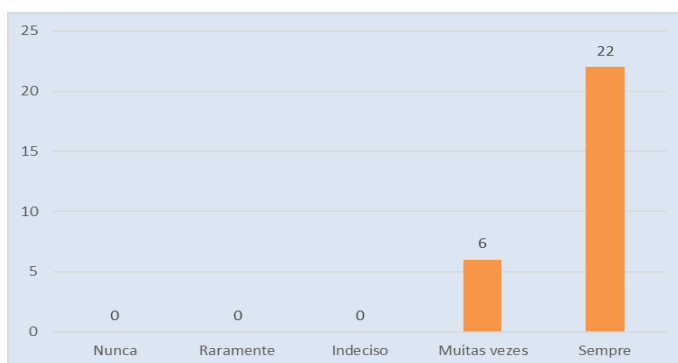
#### 14 – Entre a prestação de cuidados a diferentes doentes



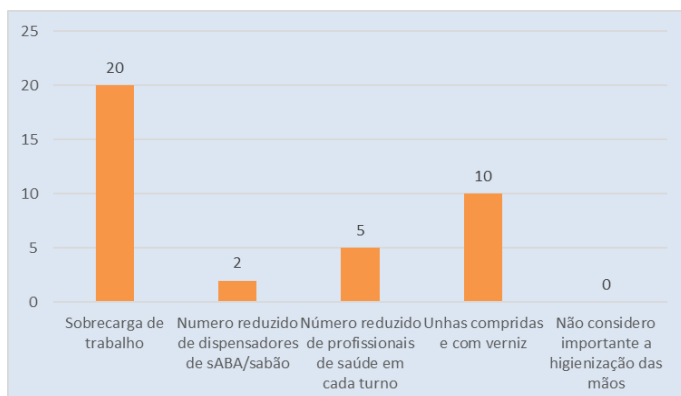
#### 15 – Após contacto com a pele íntegra do doente



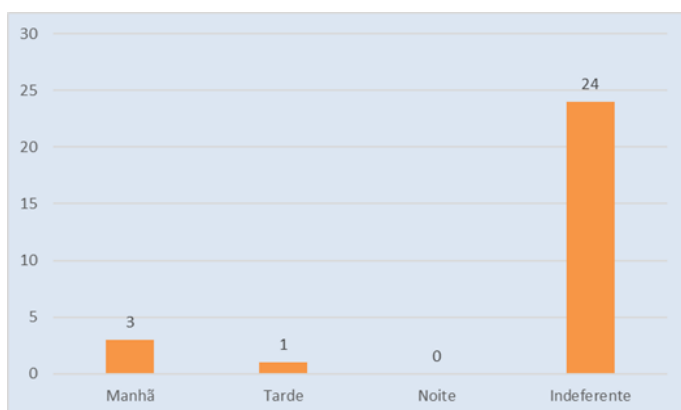
#### 16 – Após o toque em equipamento ou superfícies próximas do doente



19. Na sua opinião, quais dos seguintes aspectos considera serem obstáculos à adequada higienização das mãos?



20. Sente maior dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos em que turno?



**ANEXO XI - Apreciação do grupo populacional segundo Betty Neuman**

### Apreciação do grupo populacional segundo Betty Neuman

CONTEXTO INTRASISTÊMICO	
Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológica	Comportamento de risco: Risco de infecção por má prática na higienização das mãos e utilização de equipamento de proteção individual.
Psicológica	Sem dados
Sociocultural	<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculino: 4%</li> <li>- Feminino: 96 %</li> </ul> <p>Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 a 39 anos: 25%</li> <li>- 40 a 59 anos: 67,85%</li> <li>- 60 ou mais anos: 7,15%</li> </ul> <p>Nacionalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Portuguesa: 96,43%</li> <li>- Outra: 3,57% (Brasileira)</li> </ul> <p>Habilitações Literárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º Ciclo Ensino Básico: 7,14%</li> <li>- 2º Ciclo Ensino Básico: 10,72%</li> <li>- 3º Ciclo Ensino Básico: 46,43%</li> <li>- Ensino Secundário: 21,43%</li> <li>- Ensino Superior: 14,28%</li> </ul> <p>Regime de horário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixo: 100%</li> <li>- Rotativo: 0%</li> </ul> <p>Tipo de Contrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetivo: 57,14%</li> <li>- Termo Certo: 42,86%</li> </ul>
Desenvolvimento	<p>Formação em higienização das mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim: 67,85%</li> <li>- Não: 32,15%</li> </ul> <p>Tempo de atividade profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 1 ano: 14,7%</li> <li>- 1 a 5 anos: 21,4%</li> <li>- 6 a 10 anos: 17,6%</li> <li>- Mais de 10 anos: 46,3%</li> </ul> <p>Tempo de atividade profissional na instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 1 ano: 14,6%</li> <li>- 1 a 5 anos: 28,5%</li> <li>- 6 a 10 anos: 21,3%</li> <li>- Mais de 10 anos: 35,6%</li> </ul>
Espiritual	Sem dados

CONTEXTO INTERSISTÉMICO / EXTRASISTÉMICO	
SAÚDE e SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-1 USF S, 1 USF V, 1 UCSP, 1 UCC e 1 AC;</li> <li>- 1 Extensão de saúde em As e 1 extensão de saúde em S;</li> <li>- Unidade residencial e ocupacional – CEE “O Ninho”;</li> <li>- 5 Farmácias (1em S, 1 em A e 3 em A);</li> <li>- GNR;</li> <li>- Bombeiros Voluntários de A;</li> <li>- Cruz Vermelha Portuguesa;</li> <li>- Clínicas privadas de saúde e consultórios particulares;</li> <li>- Laboratórios de análises clínicas;</li> <li>- Clínica radiológica (exames complementares de diagnóstico);</li> <li>- Clínicas dentárias;</li> <li>- Centro de fisioterapia Santa Casa da Misericórdia;</li> <li>- Recolha de lixo;</li> <li>- Tratamento de águas residuais e a rede de esgotos, na maioria das freguesias do concelho;</li> <li>- Água potável em todo o Concelho;</li> <li>- Ecopontos distribuídos pelas diversas freguesias.</li> </ul>
EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escola Superior de Desporto de X;</li> <li>- Escola Profissional de X;</li> <li>- Escola Secundária Dr. A;</li> <li>- Escola E.B. 1, 2, 3 F C P S;</li> <li>- Escola E.B.1, 2, 3 M S;</li> <li>- 5 Centros Escolares;</li> <li>- 1 Escola do 1º ciclo;</li> <li>- 2 Jardim-de-infância;</li> <li>- 2 Creches;</li> <li>- 2 Creche/Pré-escolar /1º Ciclo.</li> </ul>
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de Dia com serviço de apoio domiciliário, nas freguesias de S, A e O;</li> <li>- Lar de Grandes Dependentes da Santa Casa da Misericórdia;</li> <li>- 3 Lares Privados;</li> <li>- 2 Casas de Repouso;</li> <li>-Várias casas de acolhimento familiar;</li> <li>- Centros de convívio nas freguesias;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conferência de S. V (Acompanha e apoia famílias carenciadas);</li> <li>- Rede Social de X;</li> <li>- Clube de Sal;</li> <li>- Universidade Sénior de X.</li> </ul>
POLÍTICO	<p>Câmara Municipal de X;  Junta de Freguesia de X;  Junta da União de Freguesias de M. A;  Junta da União de Freguesias A e M;  Junta da União de Freguesias de O e A;  Junta da União de Freguesias S e R;  Junta de Freguesia A;  Junta de Freguesia A;  Junta de Freguesia F;  Junta de Freguesia S;  Junta de Freguesia A;</p>
SÓCIO CULTURAL, RECREATIVO E LAZER	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotary Club de X;</li> <li>- Associação “De Mãos Dadas para a Vida”;</li> <li>- Associação Bombeiros Voluntários de X;</li> <li>- Associação Cicloturismo Amigos da Roda;</li> <li>- H2O – Associação de Jovens ;</li> <li>- Agrupamento 403 do Corpo Nacional de Escutas;</li> <li>- ADIAFA – Associação para o Desenvolvimento Integrado da Freguesia de A;</li> <li>- Agrupamento 1187 do Corpo Nacional de Escutas – A;</li> <li>- DES...;</li> <li>- Biblioteca Municipal L S;</li> <li>- Fundação A. Q. – Cultura e Pensamento;</li> <li>- Museu rural e etnográfico de S;</li> </ul>
RELIGIOSO	Templos Católicos, Evangélicos e Testemunhas de Jeová
COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE	<p>Rede de Estradas municipais  Rodoviária (Rede de Expressos, Carreiras normais)  Táxis  Ligação à A15, N114, IC2</p>
ECONÓMICO	<p>Parque Industrial de X,  Entidades bancárias,  Serviços de comércio,  Hipermercados,  Indústria diversa,  Feira mensal e sazonal.</p>

**ANEXO XII - Scoping Review RSL**

## Review Title

Promoção de precauções básicas na prevenção de infeções.

## Reviewers

<sup>1</sup> Eduardo Gil – Agrupamento Centros Saúde Lezíria

<sup>2</sup> Santos, Maria Irene – Escola Superior Saúde Santarém

## Center conducting the review

UMIS (Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde) - Escola Superior de Saúde de Santarém

## Review question/objective

**Questão:** Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados pelas assistentes operacionais?

**Objetivo:** Identificar formas de promover a prevenção nos cuidados prestados.

**Key word (MesH Descriptors):** health promotion, home care, hand washing, PPE (person protective equipment), infection (anexo I)

## Background

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde resultam de interações complexas e de múltiplos fatores causais, que interagem de formas diferentes, levando a infeções de diferentes tipos. Os profissionais de saúde devem fazer uma avaliação dos riscos para os utentes como para os próprios, da situação clínica dos utentes, devem ser conhecedores do tipo de patologias, tendo em conta a infeção ou outra doença específica presente, e neste sentido adequar as medidas de prevenção de doenças ocupacional e de transmissão de infeção para utente (Cabral e Silva, 2013).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção (PNCI) introduziu o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), que é definido como infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS, 2007).

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007, p.7) descreve infeção associada aos cuidados de saúde como, “(...) adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção, e que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e, que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde”.

A transmissão da infeção ocorre através das mãos contaminadas dos profissionais de saúde. De referir que existe uma relação entre as taxas de infeção e a escassez de recursos humanos, uma vez que a segunda leva a baixa adesão à higienização das mãos (WHO, 2009).

Segundo Giarola (2012), as infeções hospitalares podem muitas vezes ser evitadas por meio da realização de medidas de controlo como: higienização correta das mãos, utilização de técnica asséptica, conhecimento técnico-científico e utilização de equipamento de proteção individual (EPI).

De acordo com Aziz (2014), a ocorrência de IACS leva a uma diminuição da cultura de segurança do utente, esta autora refere também que a cultura de segurança é de suma importância para a qualidade em saúde e irá levar ao alcance de resultados positivos. A monitorização da higienização das mãos e a melhoria das práticas deverão estar presentes na cultura de segurança com o intuito da redução das IACS.

O PNS (2012-2020), no eixo estratégico da qualidade em saúde, reconhece a Segurança do utente como uma das dimensões fundamentais para a Qualidade e a Gestão do Risco, como um instrumento para a sua garantia. A mesma fonte citando Fragata e Martins (2004), refere que a complexidade dos tratamentos, a interdependência das tarefas e as infeções são fatores que tornam a prestação de cuidados, uma atividade de elevado risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos, com possibilidade de indução de danos.

A implementação do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, propõe ações transversais para melhorar a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados.

A segurança do utente é atualmente um grande desafio para as organizações, sendo uma componente crítica da qualidade dos cuidados prestados. Esta consiste na redução dos riscos associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2011).

Uma das ações que visa a segurança do utente passa pela utilização das Precauções Básicas. Estas são consideradas estratégias de primeira linha, para o controlo de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Este conjunto de estratégias deve ser cumprido sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. São aplicadas a todas as pessoas em

contato com os doentes em todos os locais de prestação de cuidados de saúde, seja qual for o diagnóstico ou a suspeita de diagnóstico (DGS, 2013).

São consideradas como Precauções Básicas:

- Higienização das mãos;
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Utilização de material corto-perfurante;
- Colocação e deslocação do doente;
- Controlo ambiental (controlo dos resíduos sólidos hospitalares e do equipamento médico);
- Higiene respiratória/etiqueta da tosse (DGS, 2013).

A higienização das mãos consiste na "...remoção da sujidade e da maior parte da flora transitória das mãos reduzindo-a a níveis baixos que não constituam risco de transmissão. A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes e entre doentes através das mãos é uma realidade incontornável". Neste contexto, "...a higiene das mãos é integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infeção. É, também, considera uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos" segundo a DGS (2010, p.2).

A higienização das mãos faz parte da higiene pessoal, deve ser ensinada e transmitida ao longo das gerações. A higienização das mãos é descrita como a ação isolada mais importante no controle das IACS. A simples utilização de água e sabão pode reduzir os microrganismos presentes nas mãos, interrompendo a cadeia de transmissão das IACS. Também a utilização de produtos antissépticos, em especial de agentes de base alcoólica, pode reduzir ainda mais os riscos de transmissão, pela intensificação da redução microbiana ou por favorecer um aumento na frequência da higienização das mãos (Santos, 2010).

Na mesma linha de pensamento Sotte *et al* (2019) referem que as mãos são um dos principais meios de transmissão de agentes bacterianos, a sua superfície tem a capacidade de alojar microrganismos, assim como de funcionar como fonte de transmissão dos mesmos durante a prestação de cuidados de saúde e, de um modo geral, apresentam dois tipos diferentes de microrganismos, os residentes e os transitórios.

Segundo a DGS (2010, p.3) "A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.". Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos

(em 2009), foi de 46,2%, subindo para 68% após a implementação das campanhas. Neste sentido é importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção.

A DGS reforça a ideia de que cada profissional de saúde tem a responsabilidades de escolher as barreiras protetoras mais adequadas tendo em conta o tipo de contato previsto. Estas têm o objetivo de interferir na cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infeção, sendo indicado como necessário: adequar as barreiras protetoras aos procedimentos; cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas; formar e treinar profissionais e educar os doentes e visitas para a seleção das barreiras (DGS, 2007).

Os profissionais devem estar cientes das consequências da exposição, sem proteção, os motivos da utilização dos EPI e as vantagens que daí advêm. Assim relativamente ao uso dos EPI na área de saúde, torna-se consensual que todos os profissionais consideram a sua aplicação na prática diária como eficaz. De realçar que a aceitação da utilização do EPI depende sempre da decisão individual do profissional, influenciada por vários fatores como: as suas características individuais, crenças, atitudes, competências, experiências, entre outros (Salavessa e Uva, 2007).

Estudos demonstram que as razões mais frequentes para o uso dos EPI é evitar a transmissão cruzada de infeção (84,9%) e a proteção individual (87,9%) (Ferreira, 2011).

Apesar da comprovada a eficácia das precauções básicas (PB), especificamente a utilização de EPI para prevenção de infeção, a adesão a este tipo de medidas continua muitas vezes baixa ou insuficiente (Pereira *et al*, 2013).

Torna-se importante realçar que a segurança e qualidade dos cuidados prestados, passa pela consciencialização e empenho de todos os profissionais de saúde, inerentes à importância da higienização das mãos. Torna-se imprescindível que as instituições de saúde implementem programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o objetivo de aumentar a adesão e o conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre esta prática e a sua real importância.

O papel do enfermeiro neste processo é fundamental na medida em que é o perito, possuidor de conhecimento que permite à pessoa adquirir novas potencialidades e as capacidades necessárias para ele próprio ser o promotor da sua saúde (Bernardino *et al*, 2013 citado por Pereira, 2017).

A promoção da saúde é o primeiro *standart* da prática da enfermagem, o enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela capacitação e *empowerment* da comunidade, promovendo o bem-estar e prevenindo situações de fragilidade ou patologias na comunidade.

Na carta de Ottawa (1986, p.1) a promoção da saúde é definida como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo

uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (OMS, 1998). As estratégias para a PrS nomeadamente a capacitação, através do *empowerment*, da população com objetivo de potenciar a saúde e a intervenção dos profissionais de saúde como mediadores neste processo, promovendo condições sociais, económicas, políticas e ambientais, criando condições favoráveis para a saúde, utilizando como estratégia por exemplo a educação para a saúde (EpS) (OMS, 1998).

Um das medidas que irá auxiliar no aumento da adesão a estas práticas, passa pela formação sobre higienização das mãos. Deve incluir sessões de treino sobre as mesmas e sessões de treino individual (Graveto, 2018).

Várias investigações destacam a importância da formação na adesão às medidas de controlo de infeção, no entanto é realçado a necessidade do desenvolvimento de estratégias inovadoras com o intuito de dinamizar a adesão às boas práticas, para todos os intervenientes no processo relacionados com a prestação de cuidados (Gonçalves, 2012).

Em Portugal, o pessoal não técnico (AO) inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de utentes. Os cuidadores formais são denominados como ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, assistentes operacionais (AO) ou outros. Existe uma realidade profissional que os define enquanto trabalhadores que exercem apoio a pessoas dependentes, sendo que na generalidade, não detêm qualificações a nível profissional na área em que realizam funções, sendo supervisionados por um técnico ou trabalhador profissional devidamente qualificado (Jacob 2002).

As AO são profissionais contratadas, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou na instituição, habilitadas para desempenhar tarefas, que incluem conteúdos inerentes ao exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sousa, 2011).

Os cuidadores formais (AO) são definidos como profissionais que prestam cuidados de apoio, com um vencimento e poder de decisão reduzido, cumprindo atividades delegadas pela família ou profissionais de saúde que orientam a sua ação. Ao exercerem tarefas diversas, contribuem de forma significativa na melhoria da qualidade de vida das pessoas cuidadas (Rocha *et al*, 2008).

As atividades desenvolvidas em muitas instituições (IPSS) são asseguradas por pessoal com baixa escolaridade, má remuneração e com fraca formação específica. Estes e outros fatores podem afetar negativamente a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2011).

A formação é essencial para que as AO, promovam a aquisição de competências e saberes, pois enquanto atividade profissional, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do

“saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional. Só mediante uma formação coesa e estruturada é possível aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e alcançar níveis de qualidade de cuidados (Jacob, 2002).

A formação nas suas diversas modalidades, poderá ser entendida como o conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão (Sousa, 2011).

A formação constitui um alicerce para qualquer organização, existindo uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional. Para as AO, a formação é crucial para a obtenção de competência e saberes, indispensáveis para um bom desempenho. Através da formação coesa e estruturada permite-se aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e atingir um adequado nível de qualidade de cuidados (Jacob, 2003).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

A promoção e proteção da saúde visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997).

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.

## **Inclusion criteria**

### **Types of participants**

Assistentes operacionais que prestam cuidados.

### **Concept**

Promoção da saúde, assistentes operacionais, higienização das mãos, equipamentos de proteção individual (EPI) e infeção.

### **Context**

Contexto social – Comunidade

### **Types of studies**

Estudos qualitativos, quantitativos e mistos

## **Search strategy**

De acordo com os descritores identificados a expressão de pesquisa é “ab (health promotion) AND ab (home care) AND ab (hand washing) AND ab (personal protective equipment (PPE)) AND ab (infection)” cujos descritores são definidos nas bases de dados científicas EBSCOhost (Medline complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Medic Latina, CINAHL Complete) e PubMed.

Como limitadores gerais foram definidos: ‘*free full text*’, Review, Systematic Review, friso cronológico de 5 anos tendo sido utilizado o intervalo (2015 – 2020), resumo disponível e relacionado com humanos. Os limitadores específicos encontram-se identificados na Tabela 1.

A pesquisa de artigos foi realizada em Santarém no dia 03 de outubro de 2020 e foi remetida para o appendix II.

Quadro 1 - Limitadores específicos

Limitadores específicos	EBSCOhost				Pub Med
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	
Primeiro autor enfermeiro				x	
Periódico académico					
Teses e dissertações					
Artigo					
Article types: clinical trial, observational study, review, scientific integrity review, systematic reviews					x

## Study Selection

Após a pesquisa de artigos, na fase de 'identification' do prisma (appendix III), foram identificados 22 artigos em bases de dados científicas. Na fase de 'sreening' dos 22 artigos selecionados foram excluídos 20 artigos após leitura do título e 'abstract'. Na fase de 'included' foram incluídos 2 artigos quantitativos.

### Artigos selecionados

Nº 1- Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review

Nº 2- Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review

## Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através da utilização do 'data extraction instrument' (appendix IV), constituído por 9 variáveis.

## Data synthesis

Reportando para questão da RSL “Como promover a prevenção de infecções nos cuidados prestados?” e sendo o objetivo deste estudo, identificar conhecimentos e contributos para a compreensão das boas práticas sobre a HM, identificaram-se estratégias e intervenções para capacitar as assistentes operacionais na HM. Os artigos resultantes da pesquisa constituíram um importante contributo para a definição de uma linha orientadora, baseada na evidência científica, para uma abordagem na prevenção de IACS na prestação de cuidados.

De acordo com Seo *et al* (2019), estudos demonstraram que a taxa de higienização das mãos pode variar entre 50% a 80%, podendo estes valores ser explicados pela definição do termo higienização das mãos. O intervalo das percentagens atrás referidas também pode ser distinto de acordo com Cabrera *et al* (2019). Estes demonstraram existir uma relação entre as variáveis sociodemográficas, no que respeita à adesão à higienização das mãos, que pode variar entre 18% - 70%. Mencionam ainda que a adesão ao longo do tempo pode diminuir 8,4% em 24 meses, após a formação.

A diminuição da adesão à HM está relacionada com barreiras. Segundo Seo *et al* (2019), esta diminuição baseia-se nas dúvidas sobre quando realizar a higienização das mãos, utilização de luvas, stress, falta de exemplos positivos por parte das chefias, maus hábitos, esquecimento, patologias da pele devido ao uso de produtos abrasivos e necessidades formativas.

Graveto *et al* (2018), referem que a formação dos profissionais de saúde tem influência direta na adesão à higienização das mãos. Descrevem que o processo formativo aumenta a adesão dos profissionais envolvidos e que o processo formativo e a monitorização, apesar de simples, têm um efeito positivo nas atitudes e na adesão à higienização das mãos. A educação e o comportamento de adesão devem começar nas instituições académicas ou formadoras por serem os locais ideais para estimular as boas práticas. No entanto, a aquisição de conhecimentos através dos métodos tradicionais pode não ser suficiente para o desenvolvimento dessas habilidades na prática.

A introdução de novos métodos de ensino preconiza um aumento de autonomia, independência e motivação de modo a garantir a aquisição de princípios teóricos e práticos, aumentando a adesão à HM. Graveto *et al* (2018) referem ainda que a melhor forma de o conseguir é através do ensino multifocal com metodologias mistas, uma vez que não é consensual quais os métodos de ensino adequados. Defendem que o treino com meios audiovisuais melhora consideravelmente os resultados em relação aos métodos tradicionais de ensino, pois proporciona uma representação real das situações.

Na mesma linha de pensamento Seo *et al* (2019), defendem a intervenção

multidimensional ou dupla para melhorar a HM, suportada por uma estratégia educacional, sendo a intervenção mais comum e defendida por outros autores. A utilização de estratégias multidimensionais, através de sessões de educação, campanhas, feedback, disposição de produtos para a higienização e dicas, pode aumentar a taxa de HM. A combinação de estratégias e a promoção de comportamentos a nível institucional e individual são considerados eficazes e sustentáveis se forem compreendidos e apoiados pelos trabalhadores e chefias de forma a garantir a melhoria e sustentabilidade das estratégias relativas à higienização das mãos. Assim prevê-se que ocorra uma melhoria significativa na HM após a intervenção, quando se aplicam estratégias educacionais, suportadas por campanhas bem estruturadas, para aumentar a consciencialização sobre a HM.

Cabrera *et al* (2019) defendem que a educação e o comportamento de adesão devem começar nas instituições. Onde se devem aplicar novos métodos de ensino na aprendizagem para aumentar a adesão à HM. Os autores sustentam que o ensino multidimensional como metodologia mista deve incluir o treino, como pilar básico para aumentar a adesão. A utilização de meios audiovisuais, cartazes e treino específico pode aumentar a adesão à HM, mas pode não ser tão eficaz como as estratégias baseadas na procura de mudança de hábitos e comportamentos. As estratégias educacionais que tendem à mudança do comportamento, além de incluir a formação profissional, devem utilizar as intervenções como o uso de sons, lembretes, cartazes, simulações práticas em workshops, cenários práticos, vídeos e role-play. A melhoria dos resultados ocorre com a implementação de mudanças graduais nas diretrizes. Importa também destacar o papel dos gestores na implementação e manutenção do processo de higienização das mãos nos serviços de modo a prolongar a adesão por parte de todos.

A implementação de medidas standard, divulgação da importância da HM, através de ações de formação, colocação de panfletos e cartazes em locais estratégicos, a responsabilidade individual e coletiva e a consciencialização de todos, são medidas atingíveis. A RSL permitiu a compressão dessas medidas para prevenir infeções nos cuidados prestados através da adesão à HM.

## **Conflicts of interest**

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar

## **Acknowledgements**

## Referências

- Aziz, A. (2014). Hand hygiene compliance for patient safety. *British Journal of Healthcare Management*. 20 (9), pp. 428-434. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/273285478\\_Hand\\_hygiene\\_compliance\\_for\\_patient\\_safety](https://www.researchgate.net/publication/273285478_Hand_hygiene_compliance_for_patient_safety)
- Cabral, F. e Silva, M. (2013). Prevenção e Controlo de Infeções no Ambiente Hospitalar. *Sanare*. 12 (1), 59-70. Acedido em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/330/264>
- Cabrera, M., Romero, E., García, R., Urquiza, J., Martos, N., García, L. & Fuente, G. (2019). Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review. *Int. J. Environ Res Public Health*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31443355/>
- DGS (2009). Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em: [www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx)
- DGS (2010). Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Acedido em: [www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010-pdf.aspx)
- Ferreira, A. (2011). *A adesão dos enfermeiros na adoção das medidas de precaução padrão quanto ao uso de equipamentos de proteção individual*. Dissertação de Mestrado em Infeção em Cuidados de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10514/1/Tese%20de%20Mestrado%20em%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20em%20Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Ana%20Cristina%20Ferreira.pdf>
- Giarola, L., Baratieri, T., Costa, A., Bedendo, A., Marcon, S. e Waidman, M. (2012). Infeção hospitalar na perspetiva dos profissionais de enfermagem: Um estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm.* jan/mar. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26390/17583>
- Gonçalves, S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infeção na prática dos enfermeiros: contributos da formação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem. Coimbra. Acedido em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4514>
- Graveto, J., Santos, C., Costa, P., Fernandes, E., Alarico, S., Nádia Osório, N., Albano, H. e Oliveira, V. (2018). Gestão do procedimento higiene das mãos por enfermeiros: desafios para saúde coletiva. *Bras. Enferm.* vol.71 (1) Brasília. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700562&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700562&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital*. Portugal, Ministério da Saúde.
- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, pp. ISCTE, Portugal.

- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. (Direção Geral da Saúde, trad.) Versão Portuguesa “Uma Conferência Internacional para a promoção de saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Ottawa, Canadá.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: Nova conceção, nova esperança. Genebra, Suíça.
- Pereira, F., Toffano, S., Silva, A., Canini, S. e Gir, E. (2013) Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 47, nº 3. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000300686](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300686)
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24199>
- Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). Desvelando o quotidiano dos cuidadores informais de idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília nov-dez; 61(6): pp. 801-8. Acedido em: [https://www.researchgate.net/publication/250051706\\_Desvelando\\_o\\_cotidiano\\_dos\\_cuidadores\\_informais\\_de\\_idosos](https://www.researchgate.net/publication/250051706_Desvelando_o_cotidiano_dos_cuidadores_informais_de_idosos)
- Salavessa, M. e Uva, A. (2007). Saúde e Segurança do Trabalho: da perceção do risco ao uso de EPI's. Saúde e Trabalho. *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, 6, 69-94. Lisboa. Acedido em: [https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6ed\\_845fde64b920489f860fa73757dcad6a.pdf](https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6ed_845fde64b920489f860fa73757dcad6a.pdf)
- Sakraida, T. (2004). *Modelo de promoção da saúde*. In A. Tomey e M. Alligood (Eds.), Teóricas de enfermagem e sua obra - modelos e teorias de enfermagem (pp. 699- 709). Lisboa: Lusociência.
- Santos, E. e Cunha, M. (2013). Interpretação Crítica dos Resultados Estatísticos de uma Meta-Análise: Estratégias Metodológicas, *Millenium*, 44 (18), 85-98.
- Seo, H., Sohng, K., Chang, S., Chaung, S., Won, J., e Choi, M. (2019). Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review. *Journal of Hospital Infection* 102, 394-406. Acedido em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30935982/>
- Silva, M. (2008). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico, um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/124>
- Sothe, D., Cordeiro, L., Veiga, A., Fonseca, S., Silva, A. e Paulo, L. (2019). Aspetos microbiológicos da higienização das mãos por profissionais e estudantes de saúde. V – Seminário científico UNIFACIG. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:a6h3f4AUfcl:pensaracademi.co.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/download/1524/1213+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncipeia.

**Appendix I: Initial Search Strategy**

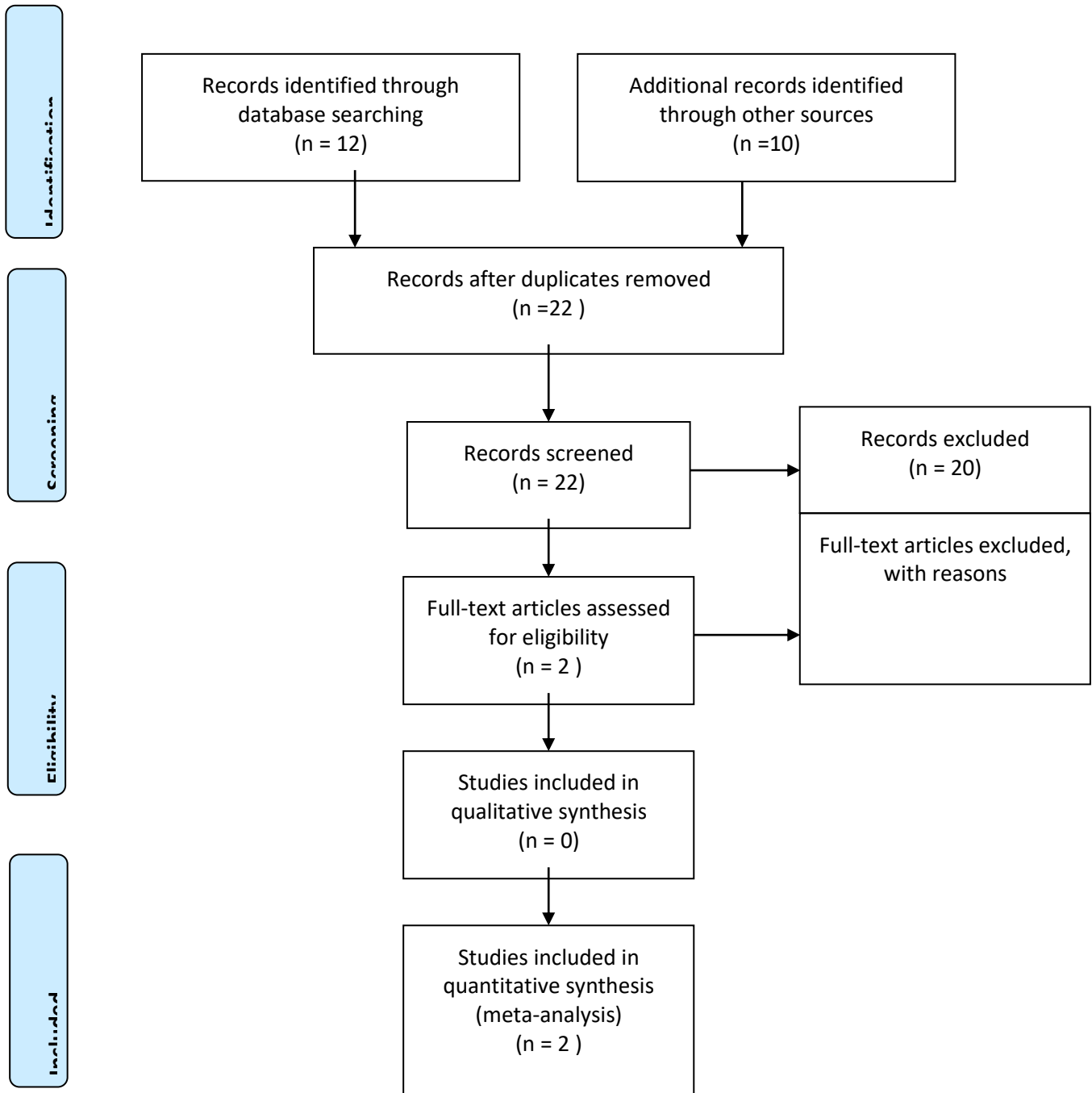


**Appendix II: Appraisal instruments**

Descriptores	EBSCOhost				PubMed	Total
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete		
Health promotion (1)	27975	6048	432	1803	1915	38173
Home care (2)	6797	2314	67	248	8391	17817
Hand washing (3)	932	274	29	91	59	1385
Personal protective equipment (PPE) (4)	2054	335	33	39	1507	3968
Infection (5)	289806	19577	4019	6028	11783	331213
1+2	144	94	2	6	340	586
1+3	58	15	0	13	6	92
1+4	18	4	1	1	7	31
1+5	2160	481	35	115	140	2931
2+3	5	5	1	1	10	22
2+4	8	2	0	0	158	168
2+5	377	75	0	6	784	1242
3+4	16	13	1	0	7	37
3+5	553	144	14	63	43	817
1+2 (or)	34628	8268	497	2045	9966	55404

1+3 (or)	28849	6307	461	1881	1968	39466
1+4 (or)	30011	6384	464	1841	2079	40779
1+5 (or)	315621	25144	4416	7716	13558	366445
1+2+3	0	1	0	0	0	1
1+2+4	0	0	0	0	9	9
2+3+4	0	0	0	0	0	0
1+3+4	0	1	0	0	0	1
1+2+3+4	0	0	0	0	0	0
1+2+3+4+5	0	0	0	0	0	0
1 (or)2+3+4+5	27975	6048	432	1803	0	36258
1+2 (or)3+4+5	152	100	3	6	6	267

Appendix III – Prisma 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097  
 For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

## Appendix IV – Data extration

Artigo nº 1- Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review

(Estratégias de ensino na higiene das mãos entre profissionais de enfermagem: uma revisão sistemática)

### Appendix IV: Data extraction instrument

**Título da Revisão:** Promoção da higienização das mãos e utilização de EPIs na prevenção de infeções.

**Questão:** Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados pelas assistentes operacionais?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Assistentes operacionais que prestam cuidados.

**Conceito:** Promoção da saúde, assistentes operacionais, higienização das mãos, equipamentos de proteção individual (EPI) e infeção

**Contexto:** Comunidade

- **Autor/es:** María B. Martos-Cabrera, Emilio Mota-Romero, Raúl Martos-García, José L. Gómez-Urquiza, Nora Suleiman-Martos, Luis Albendín-García and Guillermo A. Cañadas-De la Fuente  
Int. J. Environ. Res. Public Health 2019 , 16 (17), 3039;  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16173039>

- **Ano da Publicação:** 22 agosto 2019

**País de origem:** Espanha

- **Objetivos:** Analisar a prática da higienização das mãos, a eficácia dos diferentes métodos e as estratégias educacionais entre enfermeiros e se eles mantiveram a adesão correta ao longo do tempo.

- **Metodologia/métodos:** Revisão sistemática

A revisão sistemática é um método utilizado para responder a uma pergunta específica sobre um problema específico da área da saúde. É uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas

com uma questão específica sobre uma causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema (Ercole *et al*, 2014).

Os estudos incluídos nessas revisões têm o esboço de pesquisa experimental e são considerados trabalhos originais, por possuírem rigor metodológico e frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema (Ercole *et al*, 2014).

A realização de uma revisão sistemática envolve o trabalho de pelo menos dois investigadores, que avaliarão, de forma independente, a qualidade metodológica de cada artigo selecionado, a partir de um protocolo de pesquisa (Ercole *et al*, 2014).

A utilização deste método de pesquisa é um dos pilares da prática baseada na evidência (PBE). A partir deles a enfermagem produz conhecimento científico para fundamentar a tomada de decisão sobre a melhor assistência prestada ao cliente e fortalecer sua profissão (Ercole *et al*, 2014).

#### **Fontes de pesquisa utilizadas:**

➤ Foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas fontes CINAHL, Dialnet, Lilacs, ProQuest, Medline, SciELO e Scopus de acordo com as recomendações da declaração Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). A expressão de pesquisa utilizada foi “Enfermeiro \* AND (lavagem das mãos OR higiene das mãos) AND ensaio clínico” e o seu equivalente em espanhol. Os descritores de pesquisa foram retirados do tesouro Medical Subject Headings (MeSH).

➤ **Questões de partida foram:**

Quais as estratégias educativas mais eficazes para melhorar a técnica de higiene das mãos (e / ou conformidade) entre enfermeiras e estudantes de enfermagem?”

➤ **Critérios de inclusão:**

- Ensaio clínico que analisavam técnicas de lavagem das mãos e a eficácia dos diferentes métodos usados por enfermeiras ou estudantes de enfermagem.
- Publicado em inglês ou espanhol durante o período de janeiro de 2008 a julho de 2018.
- Estar relacionado com tema do estudo.

➤ **Critérios de exclusão:**

- Estudos direcionados para a prevenção de doenças nosocomiais em pacientes.

- Estudos não aplicados em humanos.

- Estudos duplicados.

➤ **- *Datas de pesquisa:***

- Entre janeiro de 2008 a julho de 2018

➤ **- *Resultados de pesquisa:***

Foram obtidos na pesquisa bibliográfica 3939 artigos, dos quais 43 eram duplicados, logo, foram excluídos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 3.922 por não respeitarem os critérios de inclusão, ficando 17 artigos disponíveis para análise.

➤ **- *Análise dos dados:***

O processo de pesquisa e seleção dos estudos foi realizado por dois investigadores de forma independente: um terceiro investigador foi consultado nos casos de divergência. Procedeu-se à leitura do título e resumo e, em seguida, procedeu-se à leitura do artigo selecionado na íntegra. Foi realizada uma pesquisa reversa e direta da literatura nas referências citadas dos estudos selecionados.

Utilizou-se um manual de codificação para os dados. Foram obtidas as seguintes variáveis para cada estudo:

- (1) autor;

- (2) país;

- (3) ano de publicação;

- (4) desenho do estudo;

- (5) intervenções (estratégias educacionais e eficácia de diferentes métodos);

- (6) características da amostra;

- (7) taxa de conformidade (inicial e ao longo do tempo).

***Interpretação desenvolvida: pelos autores do artigo***

A adesão à higienização das mãos antes da intervenção variou de 6,8% a 66%. Após as intervenções, variou entre 18% -70%.

Os autores descobriram que a adesão ao longo do tempo diminuiu em 8,4 % após 24 meses.

Os autores mostraram uma relação entre variáveis sociodemográficas em relação à adesão à lavagem das mãos.

Foi considerada as estratégias educacionais na Higienização das Mãos, estas incluíam a formação profissional de modo a promover mudanças no comportamento. Os benefícios na adesão à técnica

de lavagem das mãos variaram de 9% a 20%.

Foram utilizadas intervenções educacionais como o uso de sons como lembrete, cartazes, simulações práticas em workshops, cenários práticos, vídeos e role-play. Um estudo descreveu que a adesão às normas da higienização das mãos foi maior entre aqueles que receberam treino audiovisual em vez da abordagem padrão, alcançando uma correta adesão às técnicas, desempenho e conhecimento de lavagem das mãos.

A fricção das mãos, com solução alcoólica utilizando a técnica das sete etapas foi comparada com a lavagem das mãos com solução de clorexidina seguindo a mesma técnica observando-se uma redução de 7,5% nas colônias. Porém, o grupo que utilizou a solução alcoólica foi o que demorou menos no processo de higienização das mãos sendo esta a melhor opção, segundo os autores do estudo (Xiong *et al*, 2017, citado por Cabrera *et al*, 2019).

Vários estudos relatam que as instituições de saúde promovem a adesão, por meio de lembretes como cartazes e colocação de dispensadores de soluções alcoólicas. A utilização desses métodos melhorou a adesão a longo prazo. A lavagem das mãos aumentou de 24,1% para 60,6%.

Outros autores relataram melhoria nos resultados quando a formação é aplicada por meios audiovisuais, alcançando uma melhor adesão às boas aptidões, desempenho e conhecimento da lavagem das mãos.

De acordo com Huis *et al.*, além do treino adequado e do provimento de recursos para a higienização das mãos, intervenções baseadas na liderança e no apoio social são importantes para promover a adesão a longo prazo na higienização das mãos. No caso analisado, o cumprimento das normas de higienização das mãos passou de 20% para 50%, e isso permaneceu por pelo menos seis meses.

Algumas pesquisas revelam a manifestação de eczema nas mãos, dissuadindo os profissionais de executar a higienização das mãos como uma boa prática clínica.

Outro estudo revelou que a formação, na prevenção do eczema com materiais didáticos conduz a um aumento do uso de recursos na prevenção do mesmo, como utilização de hidratantes ou luvas de algodão.

Desta forma a formação sobre eczema e sua prevenção, juntamente com conselhos individualizados sobre proteção da pele conduziu a um decréscimo de 26% para 17% na prevalência do eczema das mãos.

É necessário destacar o papel dos gestores na liderança da implementação, do processo de higienização das mãos nos serviços de modo a prolongar a adesão (Cabrera *et al*, 2019).

**Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Os níveis de evidência adequam-se aos recomendados pelo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM). Aplica-se o nível 3. a – “Systematic Review” uma vez que se utilizou síntese temática.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Os contributos do artigo para a questão de revisão demonstram que a educação e o comportamento de adesão devem começar nas instituições. Alguns autores defendem abordagens conjuntas na aprendizagem. Aplicar novos métodos de ensino de modo a aumentar a independência, autonomia e motivação para garantir a aquisição de princípios teóricos aumentando a adesão à higienização das mãos.

Alguns investigadores afirmam que nenhuma técnica é superior as outras. Várias técnicas como o uso de meios audiovisuais melhoraram a satisfação dos formandos. O ensino multidimensional com metodologias mistas, incluindo o treino como pilar básico, aumenta a adesão às recomendações de higienização das mãos. A utilização de cartazes e treino específico pode elevar os níveis de higienização das mãos, mas pode não ser tão eficaz quanto as estratégias baseadas na procura de mudança de hábitos e comportamentos.

Os resultados melhoram com a implementação de mudanças graduais nas diretrizes motivando-os a manter os níveis de conformidade e promovendo um ambiente de trabalho no qual a segurança do paciente é fundamental (Cabrera *et al*, 2019).

Artigo nº 2- Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review

(Intervenções para melhorar a conformidade da higienização das mãos em serviços de emergência: Uma revisão sistemática).

#### **Appendix IV: Data extraction instrument**

**Título da Revisão:** Promoção da higienização das mãos e utilização de EPIs na prevenção de infecções.

**Questão:** Como promover a prevenção de infecções nos cuidados prestados pelas assistentes operacionais?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** Assistentes operacionais que prestam cuidados.

**Conceito:** Promoção da saúde, assistentes operacionais, higienização das mãos, equipamentos de proteção individual (EPI) e infecção

**Contexto:** Comunidade

- **Autor/es:** H-J. Seo, K-Y. Sohng, S.O. Chang, S.K. Chaung, J.S. Won, M-J. Choi, Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review (2019), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.013>

- **Ano da Publicação:**

2019

- **País de origem:**

Coreia do Sul

- **Objetivos: // aims, goals, objectives**

O objetivo deste estudo foi investigar a taxa de conformidade da higienização das mãos, fatores que afetam a taxa de higienização das mãos e estratégias de intervenção para melhorar a higienização das mãos em serviços de urgência.

➤ **Metodologia/métodos:**

Foram utilizados ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados antes e depois dos estudos e estudos transversais.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

**- Questões de partida foram:**

Não é referida no artigo. O artigo refere apenas os termos MESH utilizados na pesquisa, que foram 'hand antisepsis', 'hand cleaning' 'Emergency room' e 'Emergency department'.

**- Critérios de inclusão:**

Foram incluídos no estudo, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados, antes e depois dos estudos e estudos transversais que investigaram a taxa de higienização das mãos ou a eficácia das intervenções para melhorar higienização das mãos em serviços de urgência. Também foram incluídos estudos relacionados com profissionais de saúde desde que incluíssem a taxa de higienização das mãos específica para serviços de urgência.

**- Critérios de exclusão:**

Foram excluídos estudos em que:

- Os participantes do estudo fossem técnicos de emergência médica que prestassem serviços de urgência fora do hospital e estudantes de enfermagem e / ou medicina em estágios de observação;
- A taxa de higienização das mãos foi avaliada por indicadores proxy, como o uso do produto;
- Os estudos realizados durante um surto de HCAIs;
- A higienização das mãos foi avaliada com dados narrados.

**- Datas de pesquisa:**

A pesquisa foi realizada até janeiro de 2018.

**- Resultados de pesquisa:**

Foram selecionados 973 estudos com critérios de elegibilidade. Foram incluídos nesta revisão 24 estudos sobre higienização das mãos em serviços de urgência. Destes estudos, 12 eram inquéritos transversais e 12 eram estudos de intervenção. Os estudos foram conduzidos em vários países, incluindo EUA, Arábia Saudita, Itália, Alemanha, Canadá, Japão e Coreia do Sul.

**- Análise dos dados:**

Dois investigadores selecionaram os estudos de acordo com os critérios de elegibilidade pré-especificados, selecionaram independentemente os títulos e resumos. Um estudo era excluído se ambos os investigadores concordassem que o estudo não considerava aos critérios de elegibilidade.

Incoerências na seleção do estudo eram resolvidas por meio de discussão com um terceiro investigador. Os investigadores extraíram os dados de forma independente, usando um formulário padronizado. O formulário de extração de dados incluía:

- O desenho do estudo;
- País de publicação;
- Número e características dos participantes;
- Taxa de resposta;
- Método de amostragem;
- Fatores que influenciam a higienização das mãos;
- Detalhes da intervenção;
- Períodos de acompanhamento e desfechos primários / secundários.

➤ **Interpretação desenvolvida: pelos autores do artigo**

A oscilação na taxa de higienização das mãos pode ser explicada através da própria definição. Os estudos demonstram que as taxas de higienização das mãos variam entre 50% a 80%.

Os fatores que condicionam a higienização das mãos, variam desde os tipos de profissionais de saúde, informação disponível sobre higienização das mãos, atitudes em relação à higienização das mãos, localização do paciente, auditoria à higienização das mãos e tipo de turno foram descritos como determinantes que influenciam a higienização das mãos.

Estudos mencionam que uma intervenção multidimensional ou dupla pode melhorar a higienização das mãos. A estratégia educacional é a intervenção mais comum. No entanto há autores que defendem que campanhas bem estruturadas podem aumentar a consciencialização sobre a higienização das mãos. Estudos de intervenção que aplicam estratégias de campanha e educacionais relataram uma melhoria significativa na higienização após a intervenção.

A utilização de uma estratégia multidimensional, através da aplicação de sessões de educação, campanhas, feedback, disposição de produtos para a higienização das mãos e dicas, pode aumentar a taxa de higienização das mãos.

As barreiras à higienização das mãos assentam nas dúvidas sobre quando realizar a higienização das mãos, utilização de luvas, stress, falta de exemplos positivos por parte das chefias, maus hábitos, esquecimento e patologias da pele devido ao uso de produtos abrasivos (Seo *et al*, 2019).

As estratégias multidimensionais são consideradas eficazes. A combinação de estratégias e a promoção de comportamentos a nível institucional, bem como sessões de educação e a opinião individual são fundamentais (Seo *et al*, 2019).

As estratégias podem ser sustentáveis se forem compreendidas e apoiadas pelos trabalhadores e chefias de forma a garantir a melhoria e sustentabilidade das estratégias relativas à higienização das mãos (Seo *et al*, 2019).

Os autores defendem nesta revisão que a taxa de adesão à Higienização das mãos pode ser colocada em causa devido ao efeito Hawthorne, dado que a observação direta é o método principal para avaliar a higienização das mãos, originando dados que podem não correspondam à realidade (Seo *et al*, 2019).

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável)**

Aplica-se o nível 3. A – uma vez que se utilizou síntese temática.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Os contributos do artigo para a questão de revisão demonstram que a intervenção multidimensional pode melhorar a higienização das mãos.

Estratégias educacionais e campanhas aumentam a consciencialização e conduzem a uma melhoria significativa na higienização das mãos.

A combinação de estratégias melhora a higienização das mãos e reduz taxas de infeção.

Os gestores e chefias devem colaborar para garantir a sustentabilidade das estratégias na melhoria da higienização das mãos.

O efeito Hawthorne pode alterar as taxas de higienização das mãos.

**ANEXO XIII - Plano de Formação**

## **Plano de formação sobre a higienização das mãos e utilização de EPI às assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho de X**

### **1. INTRODUÇÃO**

O plano de formação às assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho de X sobre a higienização das mãos e utilização de EPI visa contribuir para o desenvolvimento do potencial humano, assente no desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, face às necessidades relacionadas no que se respeita à segurança do doente, através da preparação e qualificação das assistentes operacionais para a prestação de serviços com uma qualidade técnica de excelência. Para tal, é imprescindível a formação das assistentes operacionais de forma a poderem disponibilizar, no seu desempenho profissional, soluções adequadas, inovadoras e de qualidade.

O presente plano está orientado unicamente para as assistentes operacionais dos Centro de Dia do Concelho de X, as quais constituem o grupo do estudo e tem como objetivo principal melhorar o desempenho da técnica da higienização das mãos nos respetivos locais de trabalho no sentido de prevenir as infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Pretende-se, assim, aperfeiçoar o desempenho individual proporcionando conhecimentos (saberes), melhorar a eficácia no desempenho das funções, promover as competências das assistentes operacionais e consequentemente motivá-las para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **2. CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO**

O plano de formação tem como destinatários as assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho de X e foi elaborado tendo por base:

- Levantamento da necessidade de formação relacionada com a higienização das mãos e utilização de EPI;
- Ponto de partida, a adesão à prática de higienização das mãos e utilização de EPI.

## 2.1. Objetivos e finalidade do plano de formação

Neste contexto, é necessário um esforço, por parte das assistentes operacionais, para se adaptarem a novas exigências profissionais:

- Novos princípios;
- Novos procedimentos;
- Novas recomendações e normas utilizadas nos serviços.

No plano de formação proposto, planeia-se atingir os seguintes objetivos:

- Fornecer às assistentes operacionais informação baseada em evidência científica, destinada a melhorar a prática de higienização das mãos e utilização de EPI;
- Aumentar a adesão das assistentes operacionais à prática da higienização das mãos e utilização de EPI;
- Reduzir o risco de transmissão cruzada;
- Prevenir e controlar o risco de infeção associada com os cuidados prestados.

## 3. DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO

### 3.1. Metodologias e instrumentos de levantamento da necessidade de formação

Caracterização do universo das assistentes operacionais, levantamento da situação sociodemográfica, habilitações e formação sobre a prática da higienização das mãos.

Na elaboração do plano adotou-se à seguinte metodologia:

Em primeiro lugar, aplicação de uma entrevista às informantes chave (diretoras técnicas dos centros de dia) sobre as necessidades de formação das assistentes operacionais.

Em segundo lugar, aplicação de um questionário sobre os conhecimentos e práticas sobre a higienização das mãos durante a terceira semana do mês de setembro e primeira semana de outubro de 2020.

Em terceiro lugar, serão organizadas sessões de educação para saúde (a partir do dia 19 de outubro de 2020 até 7 de novembro de 2020 mês de novembro), para as assistentes operacionais e outros profissionais dos Centro de Dia, que pretendam desenvolver conhecimentos para a melhoria das suas funções e implementação de boas práticas.

### 3.2. Descrição da população alvo

A formação tem como destinatários as 29 assistentes operacionais em exercício de funções, sendo:

- 9 Assistentes operacionais do Centro de dia de A;
- 7 Assistentes operacionais do Centro de dia de A;
- 5 Assistentes operacionais do Centro de dia de O;
- 8 Assistentes operacionais do Centro de dia de S.

### 4. PLANO DE FORMAÇÃO

Áreas temáticas a intervir são apresentados no quadro.

Introdução
Transmissão de agentes patogénicos através das mãos. Para quê higienizar as mãos? Precauções básicas. Higienização das mãos. Como realizar a higienização das mãos? Técnicas de higiene das mãos. Utilização de equipamentos de proteção individual - EPI.
Apresentação prática: - Técnica de Higienização das mãos; - Higienização simples das mãos. - Higienização antisséptica das mãos. - Fricção antisséptica das mãos; - Colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
Avaliação da formação

## **5. DIVULGAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO**

O Plano de Formação terá início a partir do dia 19 de outubro de 2020 e termino em 7 de novembro de 2020. O plano é divulgado por via eletrónica à enfermeira coordenadora da UCC e diretoras técnicas dos centros de dia.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este plano de formação é sobretudo uma oportunidade para as assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho de X, melhorarem o desempenho de boas práticas na prestação dos cuidados, reduzindo as infeções associadas aos cuidados prestados nos seus contextos.

**ANEXO XIV - Apresentação em power-point da sessão de formação**

# Higienização das mãos e Utilização de EPI's

Implementação do projeto  
"Capacitar para Cuidar"

Autor:  
Eduardo Gil – Aluno do 8.º  
MECeSP 180400146

Professora Orientadora:  
Prof.ª Doutora Irene Santos  
Enfermeiras Cooperantes:  
Enf.ª Celeste Nogueira  
Enf.ª Gabriela Simplicio  
Enf.ª Sandra Almeida

## Objetivos da sessão:

- Apresentar o projeto "Capacitar para Cuidar" às Assistentes Operacionais dos Centros de Dia do Concelho de [redacted]
- Capacitar a equipa de Assistentes Operacionais dos centro de dia para a higienização das mãos e utilização de EPI.

## Plano de Sessão

Tema: Higienização das mãos e utilização de EPI.

Preletor: Eduardo Gil

Local: Centros de dia do Concelho de [redacted]

Destinatários: Assistentes operacionais dos centros de dia do Concelho de [redacted]

Duração: 120 min

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização dos conteúdos da apresentação.	Expositivo	Recursos matérias: - Computador - PowerPoint	10 min
Desenvolvimento	- Definições de termos e conceitos relativos à higiene das mãos; - Higienização das mãos; - Técnica de Higienização das mãos; - Utilização de EPI.	Expositivo Interativo	Recursos matérias: - Computador - PowerPoint	40 min
Conclusão	Sessão teórico-prática. Síntese dos conteúdos apresentados.	Expositivo Interativo	Recursos matérias: - Computador - PowerPoint	70 min

# Higienização das Mãos o que é?

Por que se faz?

A sua importância nas nossas vidas?

## Transmissão de agentes patogénicos através das mãos

A transmissão de microrganismos entre o utente e os profissionais de saúde, obedece a uma cadeia lógica de cinco eventos sequenciais:

1) Os organismos estão presentes na pele do utente, ou estão depositados nos objetos inanimados próximos do doente ou ambiente envolvente do mesmo;



2) Os organismos têm de ser transferidos para as mãos dos profissionais de saúde;



3) Os organismos têm de ser capazes de sobreviver pelo menos alguns minutos nas mãos dos profissionais de saúde;



4) A higiene das mãos dos profissionais de saúde entre contactos foi inadequada ou omitida, ou o agente utilizado para a higiene das mãos era inadequado ou estava contaminado;



5) As mãos contaminadas dos profissionais de saúde entram em contacto direto com outro utente ou indiretamente, através de objetos inanimados que vão entrar em contacto direto com o utente. (DGS, 2010)



## Para que higienizar as mãos?

- A importância da higienização das mãos e a complexidade que a sua incorreta realização ou a não realização, traz implicações para as instituições, profissionais e utentes, em termos epidemiológicos, é uma realidade incontornável, dando origem a infeções e consequências indesejáveis na prestação de cuidados. (DGS, 2010)
- As mãos são um dos principais meios de transmissão de agentes bacterianos, a sua superfície tem a capacidade de alojar microrganismos, assim como de funcionar como fonte de transmissão dos mesmos durante a prestação de cuidados de saúde e, de um modo geral, apresentam dois tipos diferentes de microrganismos, os residentes e os transitórios. (Oliveira e *et al.*, 2010)

- Portugal adere à metodologia da higienização das mãos proposto pela OMS em 2010.
- O modelo conceptual adotado foi dos "Cinco Momentos" que constitui os pontos de referência para os profissionais relacionados com a saúde:
  1. "**Antes do contacto com o doente**";
  2. "**Antes de procedimentos limpos ou assépticos**";
  3. "**Após risco de exposição a fluidos orgânicos**";
  4. "**Após contacto com o doente**";
  5. "**Após contacto com o ambiente envolvente do doente**".

(DGS, 2010)



## PRECAUÇÕES BÁSICAS:

- As precauções básicas constituem a 1ª linha de prevenção para a transmissão de infeções e são constituídas por um conjunto de medidas que devem ser cumpridas/aplicadas sempre:

- POR TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- POR TODAS AS PESSOAS QUE TIVEREM CONTACTO COM UTENTES;
- EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS;
- A TODOS OS UTENTES (Independentemente do seu estado infeccioso).

- Consideram-se **PRECAUÇÕES BÁSICAS:**

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS;**
- **UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S);**

## Higienização das mãos

- A higienização das mãos é o termo que se aplica à lavagem das mãos com água e sabão e à fricção das mãos com solução SABA (solução antisséptica de base alcoólica).
- A HM é considerada uma das medidas mais simples e efetivas na diminuição das infeções, pelo que está indicada sempre que exista risco de transmissão durante a prestação de cuidados.
- A adesão à prática da HM continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.
- Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos foi de 46,2% Dados observados durante a Campanha Nacional de Higiene das Mãos em 2009.
- As unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática da HM. (DGS, 2010)

## Como realizar a higienização das mãos?

- Para realizar a lavagem das mãos deve-se esfregar com vigor ambas as superfícies das mãos, dedos e punhos, enxaguando de seguida com água corrente. Os cuidados com a lavagem devem ser maiores nas unhas, espaços interdigitais, punhos e palmas das mãos, porque estes são os locais mais colonizados.
- Aconselha-se a retirar todos os objetos de adornos das mãos, o uso de unhas curtas e limpas, isentas de vernizes. No que diz respeito aos produtos de lavagem recomenda-se sabão neutro e sabão líquido com agente desinfetante.

Comissão de Controlo de Infeção (CCI) (2006)

## Técnicas de higiene das mãos

De modo a simplificar a higiene das mãos, são definidos dois métodos. Assim a técnica de higienização a empregar vai de acordo com os procedimentos a realizar.

**Lavagem:** higiene das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a utentes, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. O procedimento deve demorar cerca de 60 segundos.

### Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.  
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



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



Palma com palma com os dedos entrelaçados



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



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



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



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



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



Agora as suas mãos estão seguras.

## Técnicas de higiene das mãos (cont.)

**Fricção anti-séptica:** aplicação de um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos.

### Fricção Anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



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



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



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



As palmas das mãos com dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



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



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



Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.



<http://image.slidesharecdn.com/slidesforhandhygienecoordinator-111120194340-phpapp02/95/hand-hygiene-practices-35-728.jpg?cb=1321819019>

## UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL - EPI'S

- Os equipamentos de proteção individual destinam-se a proteger os profissionais de saúde do contacto com: Sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções, soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.
- É responsabilidade de cada profissional de saúde selecionar o EPI mais adequado em função do contacto previsto.
- Consideram-se EPI's:** Luvas não esterilizadas, Luvas Esterilizadas, Avental, Bata, touca, Máscara Cirúrgica e Máscara Cirúrgica com Viseira.

### ► **LUVAS**

A utilização de luvas, tem como objetivo contribuir para a redução da infeção, constitui um complemento da higienização adequada das mãos, não a substituindo de modo algum.

As luvas podem ser utilizadas para proteger o prestador de cuidados (utilização de luvas limpas) ou o doente.

Utilização indicada na possibilidade de contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções, objetos e superfícies visivelmente contaminados por fluidos orgânicos ou sempre que se contacte com doentes em regime de isolamento de contacto ou precauções especiais de contacto, ou em situações de surtos.

### ► **AVENTAIS E BATAS**

A utilização de aventais e batas visa proteger a roupa dos prestadores de cuidados.

#### **Aventais**

A utilização de aventais descartáveis está indicada nas situações em que existe risco de contaminação da roupa dos prestadores de cuidados com sangue ou outros líquidos corporais (exceto suor).

#### **Batas simples**

Devem ser utilizadas sempre que seja necessária a proteção dos antebraços até aos cotovelos. Após a sua utilização, os aventais e as batas devem ser descartados em recipiente adequado e o mais próximo do utente em questão, de forma a reduzir a contaminação ambiental.

### ► **MÁSCARAS**

A utilização de máscaras visa proteger a face dos prestadores de cuidados de saúde, doentes e acompanhantes.

#### **Máscara cirúrgica simples**

Utilizar nos procedimentos com capacidade potencial de produzir salpicos/gotículas, secreções, excreções ou outros fluidos corporais – protegendo as mucosas do nariz e da boca.

#### **Máscara cirúrgica com viseira**

Utilizar nos procedimentos com capacidade potencial de produzir salpicos/gotículas, secreções, excreções ou outros fluidos corporais – protegendo as mucosas do nariz, da boca e olhos.

## Colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

### SEQUÊNCIA DA COLOCAÇÃO DO EPI

A colocação é feita fora do quarto de isolamento:

- Garanta a sua hidratação
- Amarre o cabelo atrás
- Remova a joia/arras
- Confirme se o EPI é o correto para si!

Higienize as mãos antes de colocar o EPI

1

Coloque a Bata Impermeável



2

Coloque a Máscara ou o Respirador



3

Coloque os Óculos ou o Visor descendente



4

Coloque as Luvas



A tipologia de máscara ou respirador a selecionar deve estar de acordo com o conteúdo da presente Norma.

### SEQUÊNCIA DA REMOÇÃO DOS EPI

O EPI deve ser removido numa área que minimize o potencial de contaminação cruzada.

Sequência da remoção dos EPI

1

LUVAS:  
A parte externa das luvas está contaminada



2

BATA:  
A parte da frente da bata está contaminada



3

PROTECTOR OCULAR:  
A parte exterior dos Óculos ou do Visor está contaminada



4

RESPIRADOR

Higienize as mãos com água e sabão logo na frente do respirador antes de removê-lo



5

Higienize as mãos com água e sabão



## Bibliografia

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Vol. 51, nº 16. Disponível em: <http://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/WorkbookComplete.pdf>
- CDC (2007). "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007". Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (DGS,2010). Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Oliveira D., Souza P., Watanabe E. e Andrade D. (2010). Avaliação da higiene das mãos na perspectiva microbiológica. Rev. Panam Infectol, 12, pp. 28-32. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/08/RBAC-vol-49-2-2017-ref-522-finalizado.pdf>
- OMS (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1&disposition=D:44D24F3D20F749A684A8843D8BC602E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1&disposition=D:44D24F3D20F749A684A8843D8BC602E?sequence=1)
- Direção Geral da Saúde (2007). Plano Operacional de Controlo de Infecção para os Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa n.º 20/DSQC/DSC. Disponível em: [http://www.atv1.mhsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublico/Controlo%20Infeccao/SP\\_CircNormativa.Pdf](http://www.atv1.mhsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublico/Controlo%20Infeccao/SP_CircNormativa.Pdf)

**ANEXO XV - Grelha de avaliação pelos formandos**

### Ficha de avaliação da sessão de formação

**Ação de formação:** \_\_\_\_\_

**Formador:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Uma vez concluída esta ação de formação, importa refletir sobre as aprendizagens e a dinâmica estabelecida. A sua opinião é muito importante para a avaliação da mesma e assim, melhorar a eficácia/eficiência nas futuras ações de formação. Pelo que se solicita o preenchimento de cada um dos parâmetros a seguir enunciados.

Avalie cada item, colocando uma cruz na coluna que melhor traduz a sua opinião.

<b>Não se aplica</b>	<b>Nada Satisfatório</b>	<b>Pouco Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Bastante Satisfatório</b>	<b>Extremamente satisfatório</b>
0	1	2	3	4	5

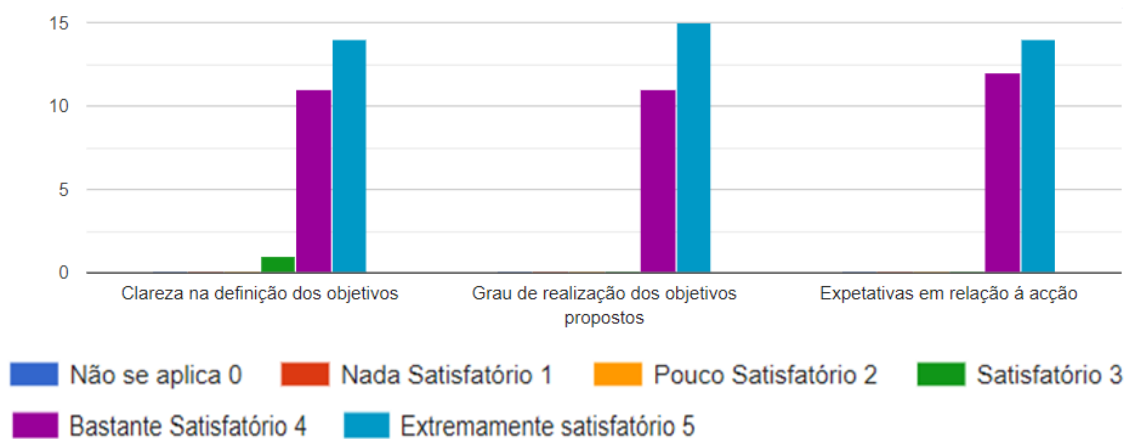
	0	1	2	3	4	5
<b>Objetivos</b>						
Clareza na definição dos objetivos						
Grau de realização dos objetivos propostos						
Expetativas em relação á acção						
<b>Desenvolvimento/utilidade</b>						
Utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções						
Nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional						
Alterações que esta ação de formação pode provocar ou estimular no seu local de trabalho						
<b>Desenvolvimento/realização da ação</b>						
Duração da formação						

	0	1	2	3	4	5
Componente prática da acção de formação						
<b>Materiais pedagógicos/Metodologia</b>						
Utilização dos meios audiovisuais						
Qualidade da documentação distribuída						
Quantidade da documentação distribuída						
Metodologias da exposição						
<b>Desempenho do Formador</b>						
Domínio do(s) tema(s) tratado(s)						
Conteúdos transmitidos						
Capacidade da comunicação demonstrada						
Dinâmica do formador						
Os conteúdos transmitidos são úteis para a prática						

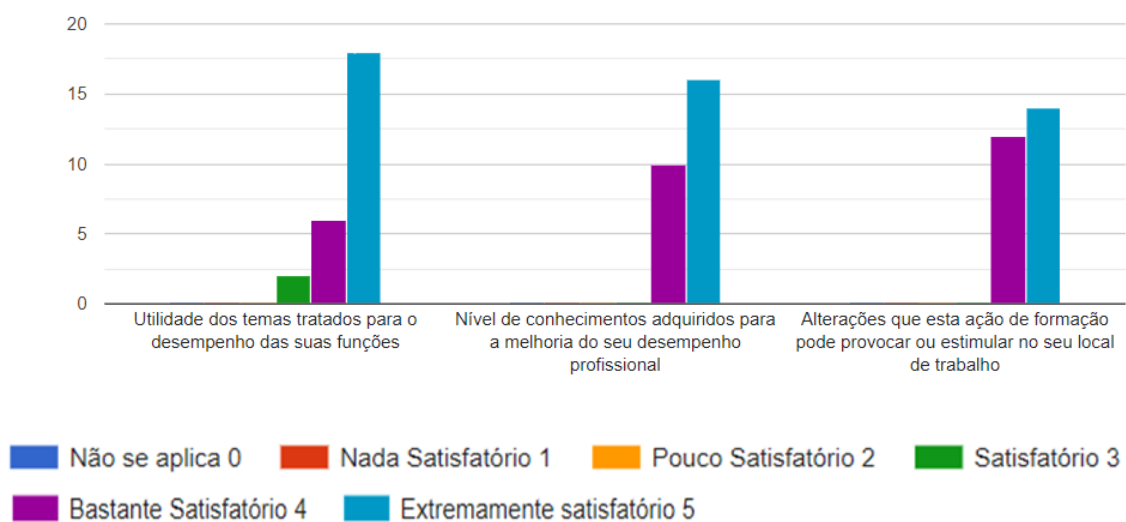
**ANEXO XVI - Resultados da avaliação pelos formandos**

## Resultados da avaliação da sessão pelos formandos

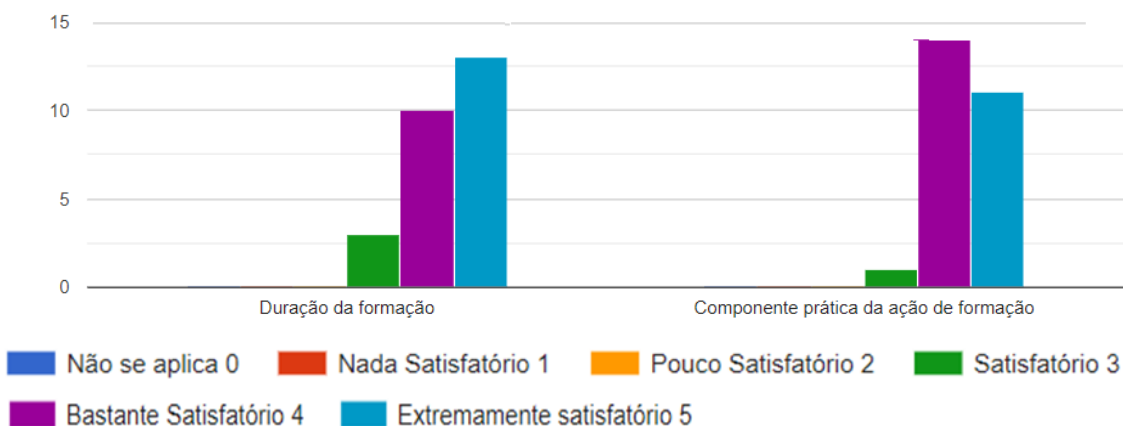
### OBJECTIVOS



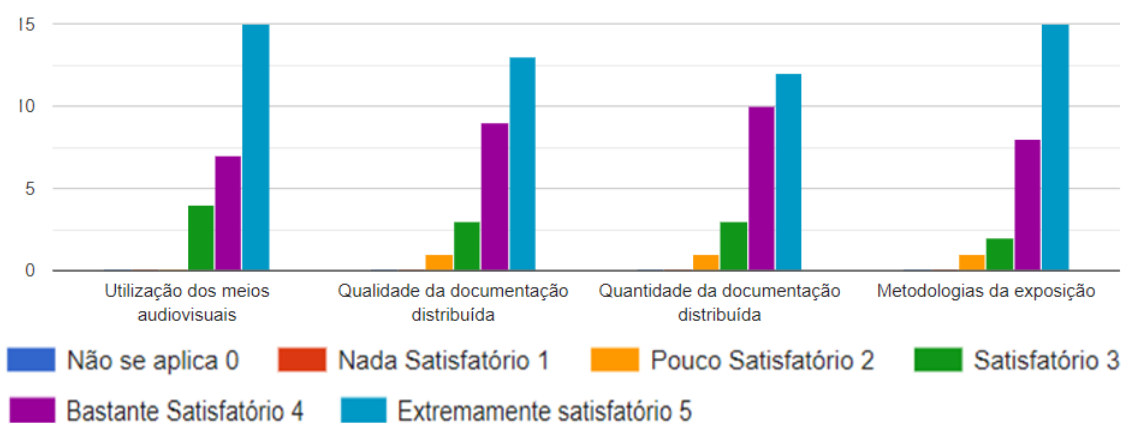
### Desenvolvimento/utilidade



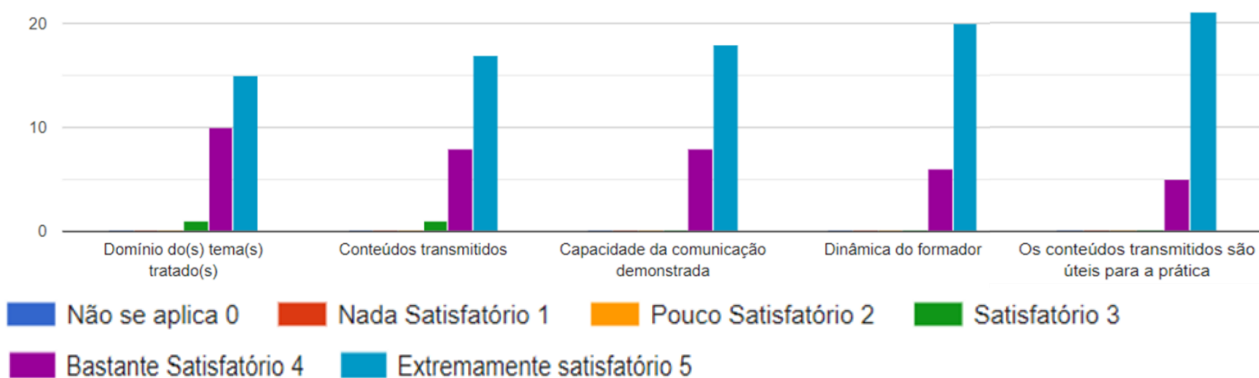
Desenvolvimento/realização da ação



Materiais pedagógicos/Metodologia



Desenvolvimento/realização da ação



**ANEXO XVII - Registo de assiduidade**



**ANEXO XVIII - Folheto Higienização das Mãos**

**Uma ação  
simples para o  
bem de todos, pela  
nossa SAÚDE.**



*medidas simples  
salvam vidas*



**Mãos limpas,  
uma prioridade de todos.**



**Realizado por: Eduardo Gil**

Aluno do 8.º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública  
Sob orientação de Enª Especialista em Saúde Pública Celeste Nogueira

## **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**



**Rio Maior, 2020**

## O QUE É A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?

É uma medida individual, simples e pouco dispendiosa para prevenir a propagação de infeções relacionada com cuidados de saúde.

Recentemente o termo “lavagem das mãos” foi substituído pelo termo “higienização das mãos” devido a uma maior extensão deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica e a fricção com SABA.

A OMS e a DGS apregoam que a higienização das mãos é uma das principais formas de prevenção contra a propagação de microrganismos nos cuidados de saúde. As mãos são consideradas as principais vias de propagação de infeções relacionadas com os cuidados de saúde.

## A OMS E A DGS PROPÕEM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM 5 MOMENTOS:

- 1.º Antes do contacto com o doente;
- 2.º Antes de procedimentos assépticos;
- 3.º Após o risco de exposição a fluidos orgânicos;
- 4.º Após contacto com o doente;
- 5.º Após contacto com o ambiente envolvente do doente;



## COMO REALIZAR A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?

Para realizar a lavagem das mãos deve-se esfregar com vigor ambas as superfícies das mãos, dedos e punhos, enxaguando de seguida com água corrente. Os cuidados com a lavagem devem ser maiores nas **unhas, espaços interdigitais, punhos e palmas das mãos**, porque estes são os locais mais colonizados. A higienização das mãos deve durar entre **20 a 30 segundos**.



**ANEXO XIX - Certificado de Participação**



## Certificado de Participação

Certifica-se que:

---

Participou na ação de formação:

### Higienização das mãos e utilização de EPI

no âmbito do projeto de intervenção comunitária do 8.º CMECSP da Escola Superior Enfermagem de Santarém, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Pública Celeste Nogueira. Com carga horária: de 2 Horas.

Concedido em: 26 de Fevereiro de 2021

---

Enfº Eduardo Gil  
Mestrando do 8º CMECSP

Enfª Celeste Nogueira –  
Enfermeira Especialista em Saúde Pública

**ANEXO XX - Diapositivos de apresentação do Seminário Intercalar**



## SEMINÁRIO INTERCALAR

Autor:  
Eduardo Gil – 180400146

Professora Orientadora:  
Prof.ª Doutora Irene Santos  
Enfermeira Cooperante:  
Celeste Nogueira

Santarém, 16 de outubro de 2020

## Plano sessão

**Data:** 16 outubro 2020

**Tema:** Estágio e relatório de intervenção comunitária (ponto situação).

**Preletor:** Eduardo Gil

**Local:** Sala de aula da ESS de Santarém

**Destinatários:** Alunos 8º CMEC da ESS Santarém

**Duração:** 10 min

**Objetivo geral:** Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização da apresentação	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	2 min
Desenvolvimento	Caracterização da UCC Rio Maior  Trabalho desenvolvido em contexto de estágio	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	7 min
Conclusão	Síntese dos conteúdos apresentados	Expositivo interativo	Recursos materiais: • PowerPoint	1 min



## Estágio desenvolvido na UCC de [REDACTED]

- 8 Enfermeiras (2 especialistas Saúde Comunitária, 1 especialista Saúde Pública, 1 especialista Saúde Materna e Obstétrica, 1 especialista Reabilitação, 1 especialista Saúde Mental e Psiquiátrica)
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Psicóloga
- 1 Assistente Técnica
- 2 Assistentes Operacionais

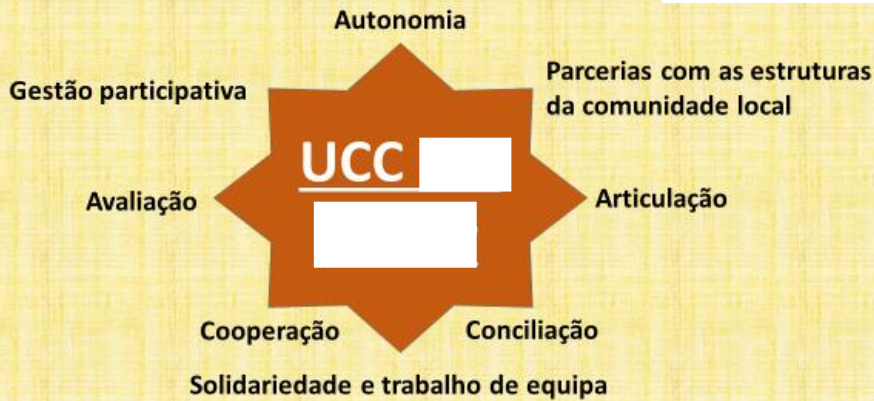


### Missão da UCC

Prestação de cuidados integrados e sustentáveis, adequados às características da população e de proximidade, centrada no respeito pelas necessidades, dignidade e direitos do cidadão e assente nas melhores práticas clínicas com o objetivo de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho.

Manual Acolhimento UCC

### Princípios da UCC



### CARTEIRA DE SERVIÇOS DA UCC DE

- Contempla os seguintes programas e atividades:
  - Sistema Nacional de intervenção precoce na infância (SNIPI);
  - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
  - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
  - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
  - Programa Nacional de Saúde Escolar;
  - Curso de Preparação para o nascimento;
  - Recuperação Pós Parto;
  - Gabinete de Apoio à Família;
  - "Sentir para dar Sentido";
  - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
  - Visita Domiciliária a utentes de risco;
  - Programa Nacional de Luta Contra as Desigualdades em Saúde;
  - Diabetes em Movimento;
  - Classes de movimento;
  - Programa Nacional de Saúde Mental.

## **ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Pretende dar resposta ao diagnóstico que surgiu no “Rastreamento Covid- Sars” que foi realizado a nível do ACES Lezíria em parceria com a Segurança Social, Proteção Civil, Bombeiros e UCC.

### **Risco de Infecção por deficit de conhecimento na higienização das mãos pelas assistentes operacionais dos centros de dia do Concelho**

A partir do diagnóstico de enfermagem comunitário desenvolveu-se o projeto de intervenção comunitária, dirigido às assistentes operacionais (população alvo), designado “Capacitar para Cuidar” com intuito de capacitar este grupo na higienização das mãos aumentando o conhecimento.

## Modelo Betty Neuman

Pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária presta, este atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

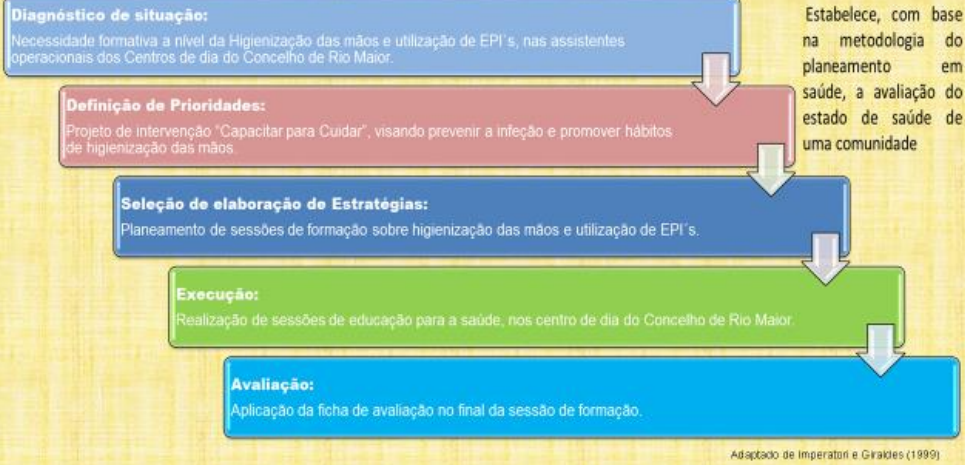
Neste modelo a comunidade enquanto cliente, é considerada um sistema vivo, aberto, em constante troca de energia com o ambiente em que, tal como é influenciada pelo meio, também influencia o meio com o seu produto, existindo neste processo entradas, saídas e retorno (Neuman, 1995).

## **Metodologia**

- Na primeira etapa do processo de Planeamento em saúde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.43) “(…) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação”
- A enfermagem de saúde comunitária tem um papel essencial e muito importante no planeamento de programas e sua avaliação, sendo que a avaliação das necessidades é fundamental no processo do planeamento assim como o seu reconhecimento pela população envolvida. (Stanhope e Lancaster, 1999)

## Planeamento em saúde

Competências do Enfermeiro  
especialista em enfermagem  
comunitária (DL nº 35/2011)



## Pretende-se com este projeto:

- Avaliar as práticas de higienização das mãos nas assistentes operacionais dos centros de dia do Concelho de Rio Maior;
- Analisar o conhecimento e a formação das (os) assistentes operacionais relativamente a higienização das mãos;
- Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar os níveis de adesão das (os) assistentes operacionais no processo de higienização das mãos e utilização de EPI.

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

- Título da revisão: Promoção da higienização das mãos e utilização de EPI's nas assistentes operacionais na prevenção de infeções.
- Questão: Como promover a prevenção de infeções nos cuidados prestados?
- Objetivo: Identificar formas de promover a prevenção nos cuidados prestados.



## Procedimentos Formais e Éticos

- ✓ Pedido autorização ao Diretor Executivo do ACES Lezíria para desenvolver o projeto;
- ✓ Pedido autorização para aplicação do questionário à autora;
- Pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém; **(Aguarda-se resposta)**
- ✓ Consentimento informado para realização das entrevistas às informante-chave.

## Síntese das tarefas realizadas

- Elaboração do projeto de estágio “Capacitar para cuidar”;
- Pedido de autorização para realização de estudo de Investigação ao ACES;
- Pedido de autorização ao autor para utilização do questionário;
- Pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém;
- Consentimento informado para realização das entrevistas às informante-chave;
- Guião de entrevista às diretoras técnicas dos centros de dia do Concelho [redacted];
- Revisão Sistemática da Leitura em desenvolvimento;

- Artigos selecionados:
  - Artigo nº 1- Instrumentos para avaliação da habilidade técnica e do conhecimento sobre higienização das mãos.
  - Artigo nº 2- Higiene das mãos – adesão dos enfermeiros após processo formativo.
  - Artigo nº 3 - Uso de equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva.
- Plano de formação sobre a higienização das mãos às assistentes operacionais dos Centros de Dia do Concelho de [redacted]
- Formação executada em suporte informático “PowerPoint”.
- Consentimento informado para realização dos questionários às assistentes operacionais.

- Preenchimento dos questionários, **“Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos”**, pelas assistentes operacionais.
- Formações agendadas.
- Folha de presença na formação.
- Folha de avaliação da formação.

## Bibliografia

- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. (3ª Edição). Appleton & Lange: Connecticut.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos (4ª Edição). Lisboa: Lusociência
- Unidade de Cuidados na Comunidade de Rio Maior (2017). Manual de Acolhimento para Formandos. Rio Maior

**ANEXO XXI - Diapositivos de apresentação do Seminário Final**



Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Saúde de Santarém  
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA e SAÚDE  
PÚBLICA



Unidade Curricular:  
ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

# SEMINÁRIO FINAL

**Aluno:**  
Eduardo Gil – 180400146

**Professora Orientadora:**  
Prof.ª Doutora Irene Santos  
**Enfermeira Cooperante:**  
Celeste Nogueira

Santarém, 4 dezembro de 2020

## Plano sessão

**Data:** 5 dezembro 2020

**Tema:** Estágio e relatório de intervenção comunitária.

**Preletor:** Eduardo Gil

**Local:** Sala de aula da ESS de Santarém

**Destinatários:** Alunos 8º CMEC da ESS Santarém

**Duração:** 10 min

**Objetivo geral:** Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização dos conteúdos a apresentar	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	2 min
Desenvolvimento	Apresentação, análise e discussão do trabalho desenvolvido durante o estágio	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	7min
Conclusão	Síntese dos conteúdos apresentados	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	1min

## Objetivos do Seminário:

- Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual;
- Refletir sobre as competências adquiridas nos diversos contextos da prática;
- Perspetivar a continuidade do projeto iniciado.

## Planeamento em Saúde

### Diagnóstico de situação

- **Diagnóstico de Enfermagem Comunitário:** Risco de Infeção por deficit de conhecimento na higienização das mãos e utilização de EPI's pelas assistentes operacionais dos centros de dia do Concelho de Rio Maior;



### Modelo Teórico de Betty Neuman

Entrevista aos Informantes – Chave: Análise de Conteúdo

**Competência adquirida:**  
G1.1 – “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”  
(RCEEEECSP, 2018)

- E1 “...temos de criar rotinas com segurança”  
“Algumas não têm formação na área, só experiência pessoal.”  
E2 “... importante haver formação a nível de cuidados, ... nunca é demais relembrar a utilização de mascarar, higienização das mãos”.  
E3 “... apostar nos refresh (utilização de EPIs, primeiros socorros, lavagem das mãos)”  
E4 “...dificuldades em gerir as adversidades do dia-a-dia, andam muito sobrecarregadas”  
“A equipa de AO é resistente à formação, mas referem necessidades.”

## Planeamento em Saúde

### Definição de Prioridades

- **Necessidades formativas**
  - Higienização das mãos
  - Utilização de EPI
- } Diminuir risco de infeção

**Competência adquirida:**  
G1.2 – “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade”  
(RCEEEECSP, 2018)

- Experiência profissional
- Aferido pela equipa da UCC
- Necessidade identificada pelas diretoras técnicas das IPSS

## Planeamento em Saúde

### Fixação de objetivos

- **Geral:** Contribuir para a capacitação das assistentes operacionais na higienização das mãos e utilização de EPI's de forma a diminuir o risco de infeção na prestação de cuidados ao utente.
- **Específico:** Promover junto da UCC a divulgação e objetivos do projeto;
- Estabelecer parcerias com outras unidades / entidades no sentido da promoção e divulgação do projeto;
- Divulgar o projeto e os seus objetivos a todos os centros de dia do Concelho de Rio Maior;
- Realizar ações de formação acerca da necessidade de adoção de comportamentos promotores de boas práticas na higienização das mãos e utilização de EPI's.
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.

## Planeamento em Saúde

### Seleção de Estratégias

**Competência adquirida:**  
G1.3 – “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”  
(RCEEEECSP, 2018)

- Apresentação e divulgação do projeto à UCC e IPSS
- Estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto
- Questionário para aferir estratégias no sentido de compreender se a intervenção planeada se adequa ao diagnóstico realizado
- Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura
- Realizar sessões de educação para a saúde, dirigidas às assistentes operacionais
- Distribuição de panfletos informativos e divulgação nos meios apropriados.

## Planeamento em Saúde

### Elaboração de Programas e Projetos

**Competência adquirida:**  
G1.4 – “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (RCEEEECSP, 2018)

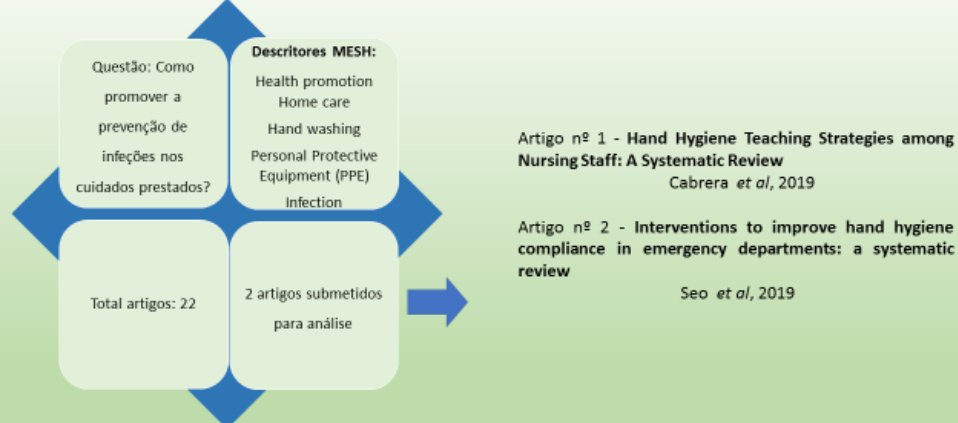
- Projeto :  
“Capacitar para Cuidar”

## Planeamento em Saúde

### Preparação da Execução

- Divulgação do projeto junto da IPSS e UCC
- Pesquisa bibliográfica - RSL
- Elaboração do plano de sessão da formação em serviço
- Elaboração da Sessão de Educação para a Saúde sobre higienização das mãos e utilização de EPI's
- Validação junto dos parceiros
- Elaboração da folha de registo de presenças
- Elaboração da ficha de avaliação da sessão de formação
- Elaboração do certificado de participação

## Prática baseada na evidência: Recurso à RSL



## Contributos da RSL

### Artigo nº 1

- Treino adequado aumenta a adesão à higienização das mãos até 70%, através de estratégias baseadas em estímulos.
- Os métodos tradicionais de ensino devem ser acompanhados de meios audiovisuais e da utilização de técnicas digitais inovadoras e flexíveis.
- O domínio das aptidões é baseado na prática.

(Cabrera e et al, 2019)

### Artigo nº 2

- A intervenção multidimensional pode melhorar a higienização das mãos.
- Estratégias educacionais e campanhas aumentam a consciencialização e conduzem a uma melhoria significativa na higienização das mãos.
- A combinação de estratégias melhora a higienização das mãos e reduz taxas de infecção.
- Os gestores e chefias devem colaborar para garantir a sustentabilidade das estratégias na melhoria da higienização das mãos.

(Seo e et al, 2019)

## Planeamento em Saúde

### Execução

1 Sessão teórico-prática ( 2H ) realizada em cada Centro de dia:

- A
- A
- Si
- O

- Discussão e reflexão de experiências
- Treino de Higienização das mãos
- Treino na utilização de EPI's



### Competências adquiridas:

G2.1 – "Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania";

G2.2 – "Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais";

G2.3 – "Procede à gestão da informação em saúde dos grupos e comunidade" (RCEEECS, 2018)

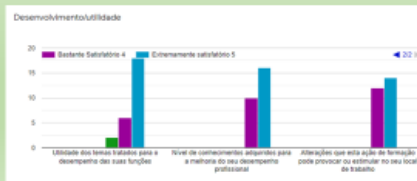
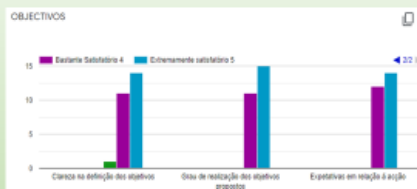
# Planeamento em Saúde

Entrega após formação:



## Planeamento em Saúde: Avaliação

- Avaliação da sessão pelos formandos



Os resultados das fichas de avaliação das sessões de formação, sugerem que os formandos aumentaram os seus conhecimentos e a utilidade do tema foi importante para o desempenho das suas funções. Assim um dos objetivos específicos deste projeto foi atingido.

## Planeamento em Saúde: Avaliação

Indicadores (atividade e resultado)	Meta	Resultado obtido
$\frac{\text{Número sessões formação realizadas}}{\text{Número sessões formação agendadas}} \times 100$	100%	$\frac{4}{4} \times 100=100\%$
$\frac{\text{Número de participantes nas formações}}{\text{Número total de participantes do Centro Dia}} \times 100$	100%	$\frac{26}{26} \times 100=100\%$
$\frac{\text{N.º P. que avaliaram de forma positiva a sessão}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$	100%	$\frac{26}{26} \times 100=100\%$

**Competência adquirida:**  
G1.5 – “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (RCEEEECSP, 2018)

## Participação noutras atividades

- Colaboração na vacinação da gripe (1.ª fase) nos Centros de Dia do Concelho de [redacted]; Colaboração na vacinação da gripe (2.ª fase) na sede das juntas de freguesia do Concelho de [redacted];
- Participação na reunião da CPCJ [redacted]
- Participação em sessões de Intervenção Precoce com Crianças de um Centro Escolar;
- Participação em inquéritos epidemiológicos realizados pela UCC;
- Participação em sessões do curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade dinamizado pela UCC;
- Colaboração na preparação de um rastreio "covid-sars" dinamizado pela UCC [redacted]

### Competências adquiridas:

G3.1 – “Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”

G4.1 – “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica”(RCEEEESP, 2018)

## Bibliografia

- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. (3ª Edição). Appleton & Lange: Connecticut.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos (4ª Edição). Lisboa: Lusociência
- Unidade de Cuidados na Comunidade de [redacted] (2017). Manual de Acolhimento para Formandos [redacted]