



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária  
Relatório de Estágio**

**Prevenir e controlar a disseminação da COVID-19:  
Uma intervenção na comunidade nas Estruturas  
Residenciais para Pessoas Idosas**

**Rodrigo Miguel Pereira Saraiva**

---

**Lisboa  
2021**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**Prevenir e controlar a disseminação da COVID-19:  
Uma intervenção na comunidade nas Estruturas  
Residenciais para Pessoas Idosas**

**Rodrigo Miguel Pereira Saraiva**



Orientador: Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **AGRADECIMENTOS**

À Direção de Saúde da SCML, em especial à Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Manuela Marques e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Guida Amorim, por me permitirem viver esta experiência da forma mais completa possível. Aos colegas da SCML, em especial à Enf.<sup>a</sup> Ana Franco, Enf.<sup>a</sup> Joana Dias e Enf.<sup>a</sup> Mafalda Dias, por representarem para mim um exemplo de excelência e por me terem apoiado desde o início.

À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Laura Viegas por todo o conhecimento transmitido e pela orientação científico-pedagógica contínua que me proporcionou ao longo desta jornada.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista Teresa Vieira por ter sido um exemplo de dedicação e amor pela profissão e por ter confiado em mim desde o 1º dia de estágio. Fico feliz por terminar este percurso com esta forte e bonita amizade.

Aos meus amigos, em especial à Patrícia Susana, Cecília Martins, Matilde Nepomuceno e João Soares, por serem a minha segunda família, por me chamarem sempre à razão e por celebrarem as minhas vitórias tanto quanto eu.

À minha família, em especial à mãe e irmão, pelo apoio: não só no mestrado mas na vida. Obrigado por acreditarem em mim mesmo quando eu próprio duvidava. Obrigado por serem os meus melhores ouvintes, por nunca me deixarem desistir nos momentos de aperto e por me lembrarem todos os dias o meu valor enquanto pessoa e enfermeiro.

Um especial e eterno obrigado ao meu pai que, para além de ser o meu maior exemplo de força e resiliência, sempre foi o meu fã n.º 1. Onde quer que estejas, sei que estás e estarás sempre a olhar por mim e a proteger-me. Esta conquista, tal como todas as outras em que estiveste presente, é para ti.

## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

COVID-19 – Doença provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EpS – Educação para a Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MERS-CoV – *Middle East Respiratory Syndrome* associada ao coronavírus

MPPS – Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPRDNC – Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (Covid-19)

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SARS-CoV – *Severe Acute Respiratory Syndrome* associada ao coronavírus

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome* associada ao novo coronavírus

UC – Unidade Curricular

USP – Unidade de Saúde Pública

## RESUMO

A COVID-19 é uma doença contagiosa, causada pelo vírus SARS-CoV-2, cujas consequências variam entre os sintomas ligeiros, como a tosse ou dores corporais, até às infeções respiratórias graves ou eventual morte. O vírus assume maior capacidade de disseminação em ambientes fechados e com elevada densidade populacional, como acontece nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Para prevenir surtos, é fundamental que os profissionais detenham conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção. O projeto desenvolvido visa contribuir para a prevenção da disseminação da COVID-19 nas ERPI através do aumento dos conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre gestão dos Equipamentos de Proteção Individual e gestão de lixos e resíduos.

A fundamentação teórica do projeto baseou-se numa revisão bibliográfica e numa revisão da literatura, segundo o protocolo de Joanna Briggs *Institute*. Foi utilizada a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, sustentado no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, para avaliar as necessidades da população, priorizar, fixar objetivos, programar, executar e avaliar a intervenção. Foi aplicado o “Protocolo de Atuação Social: Respostas Sociais Residenciais” como instrumento de colheita de dados em 12 ERPI. O projeto contou com a participação de 39 participantes. A estratégia utilizada foi a Educação para a Saúde, com recurso às tecnologias digitais para comunicar.

Após as sessões de Educação para a Saúde (“Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual” e “Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção”) verificou-se um aumento de conhecimentos nas duas temáticas abordadas, com taxas de sucesso médias de 90% e 85% nas respetivas provas de avaliação. Aproximadamente 90% dos participantes avaliou as sessões satisfatoriamente considerando-se, assim, que as estratégias utilizadas foram adequadas aos diagnósticos de enfermagem priorizados.

**Palavras-chave:** Pandemia, COVID-19, Lar de Idosos, Enfermagem Comunitária, Intervenção

## ABSTRACT

Covid-19 is a contagious disease caused by SARS-CoV-2 virus. Its consequences range from soft symptoms, like fever or body pain, to severe respiratory infections or death. This virus gets higher dissemination capacity in closed environments and with large populations, such as happens in Nursing Homes. To prevent outbreaks, it's essential that healthcare professionals have deep acquirments in infection prevention and control areas. This project pretends to contribute to prevention of COVID-19 spreadness in Nursing Homes by increasing the knowledge of healthcare providers in the subjects: Personal Protective Equipment and hospitals' trash and waste management.

The projects' theoretical foundation was based on a literature review, according to Joanna Briggs *Institutes'* protocol. It was used the Health Planning Process Methodology, sustained on Nola Penders' Health Promotion Model, to assess populations' needs, prioritize, set goals, program, execute and evaluate the intervention. It was used the "Social Action Protocol – Residential Social Responses" as a data collection instrument in 12 Nursing Homes. The project had 39 participants envolved. The strategies used on the project were Health Education and new technologies.

After the educational sessions ("Safety practices in the use of Personal Protective Equipment" and "Safety practices in the management of hospitals' trash and waste to prevent the infection") there was an increase of knowledge on both themes, with an average success rate of 90% and 85% in assessment tests. About 90% of participants considered that the educational sessions were good for their professional growth, which means that the methods used among the project were suitable to the prioritized nursing diagnoses.

**Keywords:** Pandemic, COVID-19, Nursing Home, Community Nursing, Intervention

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
1.1. A pandemia por SARS-CoV-2 e a sua realidade em Portugal	12
1.2. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a COVID-19	16
1.3. O papel dos prestadores de cuidados no controlo de infeção	20
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>25</b>
2.1. Estratégia de pesquisa	25
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>27</b>
3.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	27
<b>4. PLANEAMENTO EM SAÚDE</b>	<b>30</b>
4.1. Diagnóstico de situação	30
4.1.1. Contexto de intervenção	30
4.1.2. População-alvo	31
4.1.3. Instrumento de colheita de dados	32
4.1.4. Questões éticas e legais	33
4.1.5. Identificação das áreas comprometidas	34
4.1.6. Diagnósticos de enfermagem	37
4.2. Definição de prioridades	38
4.3. Fixação de objetivos	41
4.4. Seleção de estratégias	43
4.5. Preparação operacional	44
4.6. Avaliação	48
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
5.1. Reflexão sobre as competências adquiridas	51
5.2. Reflexão sobre o projeto e as suas limitações	53
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## **ANEXOS**

ANEXO I – Protocolo de Atuação: Respostas Sociais Residenciais

ANEXO II – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

ANEXO III – Método de Hanlon

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Prisma Flow Diagram

APÊNDICE II – Scoping Review

APÊNDICE III – Resposta ao pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde

APÊNDICE IV – Pedido de autorização à coordenação da USP Francisco George

APÊNDICE V – Estratégia de seleção das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas enquanto contextos de intervenção

APÊNDICE VI – Cálculo das percentagens de prestadores de cuidados sem formação nas áreas comprometidas

APÊNDICE VII – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado

APÊNDICE VIII – Cronograma de Gantt

APÊNDICE IX – Plano de inter-relação meta-atividade

APÊNDICE X – Rede PERT/CPM

APÊNDICE XI – Planeamento das sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE XII – Pedido de participação no projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” aos diretores técnicos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

APÊNDICE XIII – Cartaz de divulgação do projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”

APÊNDICE XIV – Ficha de inscrição para as sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE XV – Diapositivos das sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE XVI – Provas de avaliação de conhecimentos

APÊNDICE XVII – Inquérito de satisfação

APÊNDICE XVIII – Resultados das provas de avaliação de conhecimentos e inquérito de satisfação

## **ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES, FIGURAS, QUADROS E TABELAS**

Quadro 1. Relação entre as áreas comprometidas e suas causas	34
Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem	37
Quadro 3. Critério da amplitude	38
Quadro 4. Critério da gravidade	39
Quadro 5. Método de Hanlon adaptado	39
Quadro 6. Diagnósticos de enfermagem priorizados	40
Quadro 7. Indicadores de saúde	42
Quadro 8. Plano operacional	44
Quadro 9. Resultados da intervenção comunitária	48

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surgiu no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 2º ano do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. O estágio foi realizado na Unidade de Saúde Pública (USP) Francisco George, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte. O período de contacto decorreu em dois momentos. O primeiro, correspondente à UC Opção II para diagnóstico de situação, ocorreu entre março e outubro de 2020. O segundo, correspondente à preparação e desenvolvimento da intervenção comunitária, ocorreu entre novembro de 2020 e maio de 2021.

No dia 9 de janeiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso clínico do novo coronavírus (SARS-CoV-2): um indivíduo hospitalizado por diagnóstico de pneumonia na cidade de Wuhan, China. O vírus foi inicialmente denominado como 2019-nCoV e, a 12 de fevereiro de 2020, foi renomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a sua atual designação: SARS-CoV-2. No dia 11 de março de 2020 foi declarada pandemia por SARS-CoV-2, pela mesma entidade, após terem sido identificadas mais de 100.000 infeções em mais de 100 nações de diferentes continentes (Mesquita et al., 2020). Os sintomas da infeção por SARS-CoV-2 são de largo espectro, variando desde a febre ligeira e tosse até à infeção respiratória grave e eventual morte (DGS, 2020). O crescente número de casos e óbitos fizeram com que o SARS-CoV-2 se insurgisse como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Considerando as suas consequências em indivíduos de todas as idades e elevado nível de transmissão, a OMS reforça que devemos lutar contra a propagação deste vírus através da redução da exposição (distanciamento e isolamento) e educação (combate à desinformação) (OMS, 2021).

Apesar do contágio acontecer em qualquer local – desde que exista pelo menos um transmissor e um recetor – o vírus assume maior capacidade de disseminação em ambientes fechados e com elevada densidade populacional, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (DGS, 2020). Estando expostas a um maior risco, estas tornaram-se o epicentro da pandemia na Europa e América (Stall et al. 2020, Borrás-Bermejo et al. 2020 & Siu et al. 2020). Para segurança dos residentes e colaboradores das ERPI é fundamental que as medidas preventivas estabelecidas pela Direção-Geral de Saúde (DGS) sejam cumpridas – protegendo não só os intervenientes destas estruturas, como também as suas famílias, parceiros e restante comunidade. As USP têm assumido um papel

insubstituível junto das instituições mais suscetíveis à propagação do vírus – escolas e ERPI – na vertente da educação para prevenção e controlo de surtos. A equipa da USP Francisco George, em parceria com a Proteção Civil e a Segurança Social, desenvolveu um projeto de monitorização das medidas de controlo de infeção por SARS-CoV-2 nas ERPI. Por forma a integrar este projeto já em curso no local de estágio, optou-se por desenvolver o projeto de intervenção comunitária na vertente da educação dos prestadores de cuidados das ERPI sobre medidas de prevenção e controlo de infeção.

Trabalhar esta temática foi pertinente para contribuir para a produção de novo conhecimento sobre a doença que, por ser recente, ainda é escasso. Desenvolver este tema foi também importante para a atividade profissional do estudante. Desde o início da pandemia que laborou em serviços adstritos a doentes positivos para COVID-19 (doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2), pelo que o aprofundamento de conhecimentos nesta área foi imprescindível ao seu crescimento enquanto enfermeiro. O último motivo de pertinência relacionou-se com o próprio local de estágio que, por sua vez, necessitava de intervir na educação dos prestadores de cuidados das ERPI com vista à prevenção de surtos. Trabalhar este tema permitiu não só incluir o projeto de estágio no plano estratégico da USP, como também contribuir para o sucesso do projeto *major*.

O objetivo geral do projeto de intervenção foi contribuir para o conhecimento dos prestadores de cuidados para as práticas seguras na prevenção da COVID-19 na comunidade das ERPI. Este relatório tem como foco descrever o caminho realizado desde a colheita de informação sobre as ERPI e os seus colaboradores até aos resultados obtidos com a intervenção comunitária.

O relatório final organizou-se em cinco capítulos. O primeiro (enquadramento teórico) destinou-se ao aprofundamento de conceitos sobre a temática. O segundo (revisão da literatura) retratou o caminho efetuado na procura da literatura existente sobre o tema nas bases de dados. O terceiro (referencial teórico) apresentou o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, utilizado como suporte teórico para sustentar a intervenção. O quarto (planeamento em saúde) explanou as várias etapas do projeto segundo a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1993). Por fim, o quinto capítulo (considerações finais) destinou-se à reflexão sobre as competências adquiridas, benefícios e limitações do projeto. O relatório foi realizado mediante as diretrizes da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA, 2020) e redigido segundo o novo acordo ortográfico.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo focou-se, essencialmente, no aprofundamento e correlação de conceitos subjacentes à temática do projeto: a disseminação da COVID-19 nas ERPI. A análise realizada assentou, sobretudo, na evolução da pandemia em Portugal e no mundo, na realidade da doença e sua propagação nas ERPI e no papel dos prestadores de cuidados no controlo de infeção.

## 1.1. A pandemia por SARS-CoV-2 e a sua realidade em Portugal

Segundo a DGS (2020), o conceito de pandemia exprime uma definição lata que sofreu várias alterações ao longo dos anos. O conceito foi descrito por diversos autores que, apesar de auferirem diferentes perspetivas, descrevem pontos em comum. Os conceitos clássicos, embora considerem a velocidade de propagação e o cruzamento entre hemisférios para a classificação de uma patologia como pandémica, não atentam a aspetos fundamentais como a imunidade de grupo, mudanças estacionais e/ou gravidade da doença. Analisando o conceito apenas por esses princípios seria legítimo afirmar que todos os anos acontecem pandemias. Anualmente ocorrem vagas sazonais que agridem grandes populações e que provocam um grande número de hospitalizações – como acontece com o vírus *influenza*.

Ao refletir sobre os conceitos atuais, torna-se consensual que a definição de pandemia refere-se a todas as novas doenças com rápida capacidade de dispersão, abrangendo no mínimo e simultaneamente dois continentes, manifestando consequências prejudiciais à saúde pública – como aconteceu com a gripe espanhola e, mais recentemente, com a COVID-19 (DGS, 2020).

O SARS-CoV é, contrariamente às convicções iniciais da opinião pública, um vírus já conhecido pela comunidade científica. Até à data conhecem-se oito variantes deste vírus que causam infeções em diferentes espécies animais – desde aves a mamíferos, incluindo o Homem (DGS, 2020). Em relação às estirpes virais que afetam os seres humanos sabe-se que foram transmitidas inicialmente por animais reservatórios, também conhecidos como hospedeiros. Registam-se dois surtos pandémicos por coronavírus – *Severe Acute Respiratory Syndrome* associada ao coronavírus (SARS-CoV) entre 2002-03 e a *Middle East Respiratory Syndrome* associada ao coronavírus (MERS-CoV) em 2012 – que causaram casos esporádicos

de infecção humana e pequenos *clusters* de doença respiratória em todo o mundo (DGS, 2020).

O primeiro caso com diagnóstico de COVID-19 foi confirmado pela primeira vez em janeiro de 2020 na cidade de Wuhan, província Hubei, China (Mesquita et al., 2020). De acordo com a DGS (2020), a COVID-19 é a designação para a doença provocada pelo SARS-CoV-2 que, na sua essência, é representada pela conjugação de duas terminologias: “COVID” (doença por coronavírus) e “-19” (referência ao ano em que foi descoberta). A primeira estirpe de coronavírus causadora de síndrome respiratória aguda grave repercutiu-se mundialmente, pela primeira vez, em 2002 – tendo sido denominada de SARS-CoV. Por ser a segunda variante causadora da mesma condição, o vírus que provoca a COVID-19 foi chamado de SARS-CoV-2 (DGS, 2020).

À semelhança do que aconteceu nos eventos anteriores, acredita-se que a SARS-CoV-2 foi transmitida aos seres humanos por via zoófila, mais concretamente por morcegos ou pangolins. Esta convicção advém de terem sido encontrados vírus compatíveis em centenas de animais destas espécies (DGS, 2020). Embora existam estas evidências, a origem da sua transmissão ainda não é clara. Atualmente mantêm-se as investigações para desmistificar esta informação (DGS, 2021).

Certo é que aquela que se considerava uma patologia confinada ao local onde foi detetada, com consequências pouco significativas e com fraca capacidade de propagação, rapidamente se alastrou pelo globo. A sua rápida disseminação levou à alteração da sua classificação de epidemia para pandemia, pela OMS, em março de 2020. O registo do número de pessoas infetadas e suspeitas depende de múltiplos fatores (como o número de testes realizados por dia), conferindo alguma dubiedade aos dados divulgados diariamente pelas organizações de saúde (DGS, 2020). Não obstante, o desenvolvimento da doença tem vindo a ganhar um grande destaque evolutivo a nível mundial, por ser altamente contagiosa, justificando-se assim a sua transição para um evento pandémico (DGS, 2020).

Os sintomas mais frequentes da infecção por COVID-19 são: febre, tosse, dores generalizadas pelo corpo, perda total ou parcial do olfato e/ou do paladar e dificuldade respiratória (DGS, 2020). Em casos mais críticos, a COVID-19 poderá causar pneumonia grave associada à insuficiência respiratória aguda, falência orgânica e eventual morte. O período de incubação é variável, sendo que a maioria dos casos surge até 14 dias após a exposição ao vírus, marcando também o surgimento dos primeiros sintomas (DGS, 2020).

Embora a COVID-19 represente uma realidade transversal e com consequências idênticas em todos os cantos do mundo, cada país tem a sua história individual no que respeita à pandemia.

Em Portugal, os primeiros casos foram detetados em março de 2020, no distrito do Porto. O número de pessoas positivas aumentou gradualmente não só na cidade onde surgiram as primeiras situações clínicas, como também pelo país (DGS, 2020). No final do mesmo mês foi decretado o primeiro estado de emergência, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 de 18 de março, com o objetivo de prevenir a doença, conter a pandemia e salvar vidas. Para tal, foi criado um plano de contingência que visava uma abordagem estratégica para minimizar o impacto pandémico a nível nacional que, no seu seio, abarcava um vasto conjunto de medidas preventivas. Segundo o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (PNPRDNC, 2020), as medidas essenciais passavam pela proteção individual (higienização das mãos, etiqueta respiratória e uso da máscara), distanciamento social (isolamento de doentes e quarentena), intervenção em contexto social (escolas e empresas) e intervenção em contextos especiais (ERPI, estabelecimentos prisionais, entre outros).

O primeiro estado de emergência teve, inicialmente, um período de 15 dias – com início a 18 de março de 2020. Por necessidade de manutenção das medidas estendeu-se esse período até dia 2 de maio de 2020 às 23h59. No dia seguinte – já com mais de mil mortes – Portugal entrou em estado de calamidade e deu início ao primeiro desconfinamento. Nessa fase, o país implementou medidas mais restritivas em comparação com as anteriores. De acordo com a Resolução da Assembleia da República n.º 78/2020, o estado de calamidade pressupôs a adoção de comportamentos como a utilização de máscara comunitária em espaços fechados, proibição de ajuntamentos superiores a 10 pessoas, confinamento obrigatório para doentes infetados com COVID-19 e o dever cívico de recolhimento domiciliário para todos os cidadãos.

Apesar dos alertas causados pelo estado de calamidade e sucessivos estados de emergência, no segundo semestre de 2020, após as épocas festivas, o país atravessou uma das maiores crises até à data no que respeita à pandemia. A nível mundial, em janeiro de 2021, Portugal passou a ser o país com o maior número de pessoas infetadas por milhão de habitantes, tendo sido obrigado a reforçar as medidas de contenção e a encerrar as escolas. Após esta fase conturbada, Portugal tem vindo a erguer-se – reabrindo aos poucos os vários setores que sofreram alterações com a

pandemia, como a restauração e cultura – reforçando sempre a necessidade de cumprir as medidas preventivas definidas pela DGS junto da população.

A evolução pandémica em Portugal e no mundo, bem como o vírus que lhe deu origem, suscitam ainda muitas dúvidas na comunidade científica. Por ser um acontecimento recente os investigadores têm-se focado, ao longo do tempo, no desenvolvimento de novos estudos sobre a COVID-19 e a sua prevenção. Surgem novas considerações e normas sobre a temática quase todos os dias. Nessa perspetiva, o que hoje é considerado verdade, amanhã poderá já não ser. Contudo, na atualidade, sabe-se que o maior objetivo mundial em relação à COVID-19 é vacinar o maior número de pessoas possível – prevenindo o desenvolvimento de doença grave e reduzindo o número de hospitalizações e óbitos (DGS, 2021).

Em Portugal, o processo de vacinação iniciou-se no dia 27 de dezembro de 2020. Na Norma 002/2021 da DGS (2021), referente ao Plano de Vacinação para a COVID-19, os profissionais de saúde, forças de segurança, pessoas com mais de 80 anos ou com mais de 50 anos com doença crónica, comunidade das ERPI e outras organizações que acolhem públicos vulneráveis são os grupos prioritários e, por isso, os primeiros a vacinarem-se. A inclusão dos residentes e profissionais das ERPI como grupos prioritários para a vacinação contra a COVID-19 vai ao encontro do referido na Norma 009/2020 da DGS (2020), onde se ressalva que “O impacto da COVID-19 (morbilidade e letalidade) é maior em pessoas com mais de 65 anos e/ou com comorbilidades” (DGS, 2020, p. 1) e que as ERPI estão “(...) numa situação de risco acrescido de maior disseminação da infeção por SARS-CoV-2 (...)” (DGS, 2020, p. 1) pelo elevado volume de colaboradores que circulam nas suas instalações.

Foi no sentido de conhecer a realidade das ERPI que, no próximo subcapítulo, se procurou aprofundar conhecimentos sobre a missão destas organizações, os seus destinatários (a pessoa idosa e processo de envelhecimento), as suas funções (enquanto instituições sociais e de saúde) e as estratégias que têm adotado para gerir a disseminação do vírus SARS-CoV-2.

## 1.2. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a COVID-19

De acordo com Lourenço (2017), há menos de uma década, a OMS considerava que qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento ou igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos era “idoso”. Nessa época, o conceito de “pessoa idosa” baseava-se exclusivamente no fator cronológico. Com o avanço dos estudos na área da gerontologia, percebeu-se que esse critério era insuficiente para retratar a complexidade do conceito de envelhecimento. Martins (2017) complementa esta análise, referindo que a abordagem idiossincrática exclui os domínios biopsicossociais associados a este processo, tornando o seu conceito redutor. Nesta linha de pensamento, Lourenço (2017) refere que observar a pessoa apenas segundo a sua idade constitui-se uma ação limitadora e, baseado nos pressupostos da OMS (2015), admite que o tempo por si só não é determinante na análise das perdas relacionadas com o envelhecimento. Pelo contrário, a história pessoal do indivíduo admite a possibilidade de envelhecer com maior ou menor grau de dependência existindo, por isso, múltiplos caminhos possíveis para o envelhecimento.

Barros (2020) afirma que as alterações associadas ao envelhecimento se iniciam logo após o nascimento e que se desenrolam ao longo de todo o ciclo de vida. Este processo pode levar o indivíduo a atingir maiores níveis de vulnerabilidade; mediante os fatores pessoais e contextuais que se intercetam no seu percurso e do significado que este lhes atribui. Assim, o envelhecimento pressupõe um intercâmbio entre momentos de crescimento (ganhos) e declínio (perdas) que são influenciados pelas crenças, atribuições causais, expetativas e emoções de cada pessoa (Lourenço, 2017). Sendo um processo natural, o envelhecimento não deve ser observado como a ausência de saúde ou o início de doença. Segundo Barros (2020), este é um fenómeno normal e coletivo, tendo a si associado um conjunto de fatores externos (como o estilo de vida e o ambiente) e fatores internos (como o código genético e o estado de saúde).

Considerando a heterogeneidade que compõe o processo de envelhecer é possível estabelecer uma diferenciação entre o envelhecimento primário, secundário e terciário. Segundo Lourenço (2017), o envelhecimento primário abarca todas as mudanças naturais, universais e progressivas que se manifestam na esfera biopsicossocial. O envelhecimento secundário refere-se às alterações decorrentes das doenças que podem correlacionar-se com a idade – podendo ou não ser

reversíveis e prevenidas. Nesta perspetiva são consideradas as patologias que surgem com a progressão da idade do organismo – como acontece, por exemplo, com a hipertensão arterial. Por fim, o envelhecimento terciário liga-se às modificações que ocorrem de forma repentina e precipitada na velhice. Este traduz-se no agravamento ou diminuição abrupta das competências físicas e cognitivas do indivíduo – o que culmina, na maioria das vezes, num processo de envelhecimento mais acelerado. No envelhecimento secundário e terciário verifica-se muitas vezes a presença de múltiplas doenças e, conseqüentemente, de um certo nível de dependência que irá variar consoante a pessoa, patologias e a forma como esta vivencia as suas mudanças. Nestas circunstâncias poderá existir uma necessidade de assistência em saúde permanente (farmacológica e não-farmacológica) que, na ausência de suporte familiar, deve ser assegurada pela sociedade e seus recursos. De acordo com o INE (2011), em Portugal, tal como nos restantes países desenvolvidos, tem-se vindo a verificar um aumento significativo do envelhecimento da população – decorrente da redução das taxas de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Assim, atualmente, assiste-se ao progressivo envelhecimento demográfico da população portuguesa – traduzido no aumento da proporção de pessoas idosas na população total quando comparado com a população jovem. Com o gradual envelhecimento da população portuguesa e conseqüente aumento de casos com necessidade de assistência em saúde permanente, admite-se cada vez mais a necessidade de reforçar as estruturas que dão resposta às necessidades sociais e de saúde das pessoas idosas, destacando-se as ERPI como as organizações de primeira linha para esse fim.

Segundo Nobre (2018), ao longo dos anos, as organizações que se destinam à prestação de cuidados às pessoas idosas sofreram várias alterações. Antes das suas atuais funções os lares de idosos eram abrigos para pessoas pobres, prostitutas, órfãos e indivíduos em idade avançada que já não produziam para a comunidade e que praticavam mendicância. Estas instituições eram designadas de “asilos” – tendo-se convertido esta denominação, após o 25 de abril de 1974, para “lares” (Nobre, 2018). Com o passar dos anos, estes deixaram de garantir a supervisão e acompanhamento das populações vulneráveis mencionadas, dando privilégio a um novo propósito.

Segundo Rodriguez (2019), referindo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março relativa à definição das normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, nos dias de hoje, as ERPI são equipamentos

coletivos de alojamento permanente ou temporário que se dedicam à prestação de atividades de apoio social e cuidados de saúde, sobretudo às pessoas idosas, realizadas por colaboradores internos e externos que circulam nas suas instalações.

Segundo Rodriguez (2019) & Nobre (2018) as ERPI, enquanto estruturas assistenciais, visam um conjunto de objetivos:

- Promover a qualidade de vida;
- Fornecer serviços contínuos e adequados aos problemas biopsicossociais dos residentes;
- Estabilizar e retardar o processo de envelhecimento através da promoção de um envelhecimento ativo;
- Criar condições que permitam manter a interação com a família, pessoas significativas e comunidade com vista à otimização dos níveis de atividade e participação social;
- Promover estratégias de reforço da autoestima e valorização;
- Promover a autonomia para a realização das atividades de vida diárias.

A nível organizacional as ERPI podem ser públicas, semipúblicas e privadas (Coelho, 2018). Podem assumir diferentes tipologias sendo as mais comuns, em Portugal, as residências sénior, casas de acolhimento, casas de repouso, centros paroquiais, associações e fundações. Independentemente das suas características, segundo Coelho (2018), todas as ERPI devem assentar “(...) sobre princípios e valores pelos quais têm de reger o seu funcionamento, nomeadamente: dignidade; respeito; individualidade; autonomia; capacidade de escolher; privacidade e intimidade; confidencialidade; igualdade; participação.” (p. 14). A mesma autora (2018), recorrendo ao Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas (2005), refere que estas diretrizes devem expressar-se na concretização dos direitos dos residentes como o direito à integridade e desenvolvimento da personalidade, direito à liberdade de expressão e religiosa e direito a uma vida sexual, afetiva e social.

Rodriguez (2019), ao referir a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março relativa à definição das normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, afirma que a população-alvo das ERPI é composta predominantemente por pessoas com mais de 65 anos ou com idade inferior mediante condições especiais. A maioria dos residentes apresentam condicionantes de saúde que limitam a sua autonomia e independência (ex.: doença crónica e comorbilidades) e que os tornam mais suscetíveis às infeções nosocomiais. Segundo Thompson et al.

(2020), devido à sua idade avançada e patologias subjacentes, os residentes em ERPI apresentam maior vulnerabilidade de exposição ao SARS-CoV-2 e maiores taxas de incidência de doença grave e óbito relacionadas com este vírus.

A dinâmica das ERPI é, na maioria das organizações, muito intensa: desde o ingresso de utentes, às saídas para contexto hospitalar por consulta externa ou situação emergente, passando pela entrada e saída de profissionais, familiares, entre outros. Segundo Thompson et al. (2020), a pandemia por COVID-19 tem vindo a refletir-se de forma negativa em todo o mundo, expressando-se com maior intensidade nas instituições que prestam cuidados de saúde a pessoas idosas. Os mesmos autores (2020) referem que o vírus SARS-CoV-2 afeta não só os residentes que habitam nestas organizações, como também os seus funcionários e visitantes. O estudo realizado por Thompson et al. (2020) revela que na esfera internacional – em países como a França, Espanha, Bélgica, Canadá e Estados Unidos da América – existe uma fração consideravelmente elevada de óbitos por COVID-19 nas ERPI. Nestes países a causa de morte mais relatada nos lares de idosos, até agosto de 2020, foi a infeção por SARS-CoV-2 – com percentagens entre os 19% e os 72% de pessoas positivas para COVID-19 no momento do óbito (Thompson et al., 2020).

Nesta ótica e para manter a segurança dos utentes e profissionais, segundo a Norma 009/2020 da DGS (2020), é prioritário intervir junto das ERPI, reforçando “(...) as medidas de prevenção e controlo da infeção de forma a evitar, diminuir ou limitar o impacto da COVID-19 nestas instituições...” (DGS, 2020, p. 2). Para garantir a eficácia das medidas é necessário que exista um trabalho de equipa ao longo do tempo, considerando que todos poderão transportar o vírus e transmiti-lo a qualquer pessoa. Não obstante, pela natureza das atividades que executam e pela elevada exposição aos materiais de alto risco biológico, os prestadores de cuidados constituem-se os eixos mais importantes no controlo das infeções a nível institucional. Por essa razão procurou-se, no próximo subcapítulo, explorar o que são as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), o papel dos prestadores de cuidados no controlo de infeção e, conseqüentemente, prevenção da disseminação do SARS-CoV-2.

### **1.3. O papel dos prestadores de cuidados no controlo de infeção**

De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) as IACS, anteriormente denominadas de infeções nosocomiais, constituem-se problemáticas de grande impacto nos utentes e profissionais, não podendo ser ignoradas por nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde (PPCIRA, 2017). Segundo Mota (2017), a expressão “infeção nosocomial” foi substituída por “IACS” como resultado da transição dos cuidados prestados por instituições dedicadas a situações agudizadas (hospitais) para outras que também prestam esses e outros cuidados (cuidados domiciliários, ambulatório e lares de idosos).

As IACS podem ser causadas por agentes infecciosos endógenos ou exógenos. Os endógenos provêm de fontes do próprio organismo (ex.: pele, nariz e boca). Os exógenos, por sua vez, são causados por fontes externas ao organismo (ex.: profissionais de saúde, visitas externas e dispositivos médicos). Em suma, as IACS são situações clínicas que resultam da interação do organismo com agentes infecciosos, sem que exista evidência imediata de infeção por ausência de sintomas ou por se encontrar em fase de incubação (Mota, 2017). As IACS podem assumir diferentes repercussões na pessoa dependendo da sua tipologia, sintomas e manifestações associadas – sendo a sua consequência mais grave a morte (Patrício, 2017). Com a presença cada vez mais recorrente destas infeções em meio intra e extra-hospitalar, emergiu a necessidade de reforçar as medidas de prevenção e controlo de infeção em todas as organizações responsáveis pela prestação de cuidados de saúde. Para tal, “Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção...” (PPCIRA, 2017, p. 5) que “(...) traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção...” (PPCIRA, 2017, p. 5). Segundo a DGS (2013), as precauções básicas de controlo de infeção destinam-se a garantir a segurança dos utentes, prestadores de cuidados e outros profissionais. Estas previnem a transmissão cruzada das diferentes fontes de infeção, ajudando a manter a homeostasia individual e organizacional.

As regras citadas no PPCIRA (2017) para controlo das IACS são, na sua maioria, transversais às medidas definidas pela DGS, em 2020, para controlo da disseminação da COVID-19 em contexto hospitalar e outras instituições de saúde.

Para prevenir as IACS, segundo a Norma 03/2020 da DGS (2020), as precauções básicas devem ser aplicadas a todos os utentes e profissionais – independentemente de terem ou não um diagnóstico infeccioso confirmado. A DGS (2020) formulou um conjunto de diretrizes para prevenir a propagação da COVID-19 em meio institucional que devem ser levadas a cabo, de forma regular e responsável, por todos os prestadores de cuidados. As precauções básicas de prevenção e controlo de infeção com destaque nas ERPI são:

**Isolamento de casos suspeitos:** os prestadores de cuidados devem colocar os casos suspeitos para COVID-19 numa área de isolamento definida pelo respetivo plano de contingência da organização. No caso das ERPI, esta medida aplica-se tanto às novas admissões de utentes, quanto ao seu regresso pós-alta hospitalar. Em situações especiais, na ausência de quartos individuais de isolamento, os prestadores de cuidados devem assegurar o isolamento em *coorte* – respeitando a distância mínima superior a 1 metro entre unidade de doente.

**Gestão dos contactos em contexto de unidade de saúde:** as visitas às instituições devem ser restritas ao meramente necessário. Devem existir prestadores de cuidados exclusivos para cuidar dos casos suspeitos ou confirmados, devendo estes também assegurar o registo das entradas e saídas dos quartos onde residem esses utentes.

**Higiene das mãos:** esta constitui-se a medida mais eficaz, simples e económica para prevenir as infeções (PPCIRA, 2017). Os prestadores de cuidados devem assegurar os princípios da lavagem correta das mãos e utilizar, com regularidade, a solução antisséptica de base alcoólica se estas não se encontrarem visivelmente sujas.

**Etiqueta respiratória:** em contexto institucional, como é o caso das ERPI, os profissionais de saúde e utentes devem utilizar máscaras cirúrgicas ou FFP2 (dependendo do tipo de cuidados a prestar). As máscaras devem ser colocadas pelos próprios utentes, sempre que possível, com a supervisão do profissional. Os prestadores de cuidados devem promover as medidas de etiqueta respiratória junto de todos os doentes, prevenindo a dispersão aérea da doença.

**Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** em todas as unidades de saúde deve ser promovida a correta e adequada utilização dos EPI consoante o nível dos cuidados a prestar: cuidados não invasivos prestados a menos de 1m ou cuidados clínicos invasivos.

**Descontaminação do material e equipamento:** é imperativo que os equipamentos dedicados ao doente suspeito ou positivo para COVID-19 sejam exclusivos ao seu quarto ou área de isolamento. Se os equipamentos forem partilhados é necessário que o prestador de cuidados providencie que os mesmos sejam sujeitos a métodos de descontaminação (limpeza, desinfeção, esterilização), assim como no seu uso para o mesmo utente. Neste caso, “Os protocolos de descontaminação de material e equipamentos utilizados na prestação de cuidados, são os mesmos que os utilizados para outro tipo de microrganismos com os mesmos mecanismos de transmissão.” (DGS, 2020, p. 6).

**Controlo ambiental:** a limpeza e desinfeção das salas deverá ser realizada, no mínimo, uma vez por turno e sempre que necessário. A limpeza e desinfeção da sala de isolamento deverá ser realizada em último lugar. O material utilizado para as tarefas deve ser exclusivo para a área potencialmente contaminada ou, nos casos em que é possível, descartado. As superfícies, principalmente das áreas mais manuseadas pelos utentes, devem ser limpas e desinfetadas frequentemente. Os protocolos de desinfeção são os mesmos que se utilizam para outro tipo de microrganismos com os mesmos mecanismos de transmissão.

**Manuseamento seguro da roupa:** a roupa deverá ser gerida mediante os procedimentos internos da instituição e consoante o nível do risco. As roupas dos casos suspeitos deverão ser individualizadas e manuseadas com o mínimo de agitação. Os prestadores de cuidados deverão evitar o contacto desprotegido com a roupa dos utentes. A entidade responsável pela lavagem deve ser informada quanto ao risco da roupa (risco elevado), evitando que esta manipule a roupa suja de forma desprotegida. O programa de lavagem deverá realizar-se com temperaturas entre os 60 °C e 90 °C.

**Recolha segura dos resíduos:** os lixos produzidos durante a prestação de cuidados ao caso suspeito ou confirmado de infeção por SARS-CoV-2 são considerados resíduos do Grupo III, devendo ser descartados de acordo com os protocolos internos. Os resíduos deverão ser triados no local de produção e colocados num saco branco descartável. Depois de encerrado com abraçadeira, o prestador de cuidados deverá colocar o saco num contentor rígido onde será encaminhado para autoclavagem. A manipulação e transporte dos recipientes devem ser limitados apenas ao estritamente necessário.

As diretrizes acima descritas têm um objetivo central: manter a segurança do utente. A COVID-19, pela sua rápida disseminação e características infecciosas,

poderá afetar qualquer elemento que circula nas ERPI. Nesta ótica, consideram-se “utentes” não só as pessoas idosas, mas também os profissionais envolvidos na prestação de cuidados gerais e de saúde. Segundo Lima (2014), a segurança do utente prende-se com a redução do risco de danos desnecessários associados à tomada de decisão na prestação de cuidados de saúde, em nada relacionados com a patologia ou evolução clínica. O foco da segurança do doente é a evicção de eventos adversos que levem a acontecimentos com repercussões negativas nas pessoas. De acordo com Santos (2017), a segurança dos utentes é uma responsabilidade coletiva que mobiliza as competências individuais dos profissionais, incitando a uma gestão sistematizada das atividades desenvolvidas e reavaliação constante das medidas preventivas instituídas no local de trabalho. Manter a segurança do utente através do cumprimento das medidas preventivas estabelecidas pela DGS e outras entidades reguladoras protege não só a população das ERPI do vírus SARS-CoV-2, como também as suas famílias, parceiros e restante comunidade.

Para manter a segurança do utente relativamente à infeção por COVID-19, segundo Borrás-Bermejo et al. (2020), é fulcral que as ERPI cumpram as medidas preventivas e que estejam sensíveis à necessidade de testar os seus utentes e profissionais. Os mesmos autores (2020) justificam a importância de testar ao longo do tempo – e não só pontualmente – através do seu estudo realizado nos lares de idosos em Barcelona, Espanha. Estes referem que numa amostra populacional de 5869 indivíduos (3214 residentes e 2655 profissionais), apenas 1171 testaram positivo à COVID-19 numa testagem realizada em mais de 100 lares de idosos. Contudo, nos 14 dias subsequentes ao diagnóstico, foi registada a presença de febre e dificuldade respiratória em 81,6% dos residentes (2624 pessoas idosas). Estes dados sugerem que muitos dos residentes ainda se encontravam em período de incubação na primeira testagem, podendo ter positivado posteriormente. Despistar regularmente os intervenientes das ERPI, independentemente da presença ou não de sintomatologia, é a melhor forma de prevenir surtos. A testagem periódica permite identificar precocemente os casos positivos, investir no seu isolamento e evitar surtos (Borrás-Bermejo et al., 2020).

À semelhança do que tem vindo a acontecer na Europa, Stall et al. (2020) revelam que os lares de idosos são o epicentro da pandemia por COVID-19 na América. O seu estudo envolvia 5218 pessoas idosas, residentes em 623 lares canadenses. Em menos de 6 meses contabilizou-se um total de 190 surtos (cerca de 30% dos lares da amostra) e 1452 mortes associadas à COVID-19. Siu et al. (2020)

reforçam que foram implementadas algumas medidas nesses lares para controlar a infeção. Aquelas que foram adotadas por um maior número de ERPI foram: criação de protocolos de isolamento específicos para utentes com patologia respiratória; triagem ativa das novas admissões de residentes; articulação ativa com as autoridades regionais de saúde pública e aumento da educação das equipas sobre medidas de controlo de infeção. Em conjunto com as medidas descritas, segundo Santos (2017), é fundamental que se avalie a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição em que laboram e que se invista na sua educação. O conhecimento é uma das chaves mais importantes na prevenção da ocorrência de incidentes relacionados com o erro humano, permitindo consolidar saberes nas mais variadas áreas e, em simultâneo, criar bases sólidas de confiança e segurança no trabalho. Por essa razão, é fundamental que se identifiquem as necessidades destes profissionais e que se desenvolvam “(...) ações de formação de prevenção de infeções no sentido de alertar e sensibilizar para os riscos...” (PPCIRA, 2017, p. 21), fomentando a adoção de comportamentos de promoção de saúde.

Segundo Pereira (2017), a EpS é uma das principais estratégias de promoção da saúde. Esta autora (2017), sustentada na orientação da OMS (1998), refere que a EpS se centra não só na comunicação de informações relacionadas com a sociedade, economia e ambiente, com impacto na saúde das populações e indivíduos, como também nos fatores de risco e comportamentos a adotar para prevenir as suas possíveis consequências. As intervenções de prevenção “(...) e de EpS organizam-se através de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos” (Pereira, 2017, p. 32). No caso da SARS-CoV-2, por ser uma nova variante do coronavírus, a DGS tem vindo a divulgar informação sobre a sua prevenção com a máxima regularidade. Sendo esta uma das principais entidades reguladoras da saúde em Portugal, optou-se por utilizar as suas diretrizes para fundamentar o projeto de intervenção comunitária e para transmitir novos conhecimentos sobre a prevenção da COVID-19 à população-alvo. Tendo por base os objetivos do PNPRDNC (2020), procurou-se desenvolver um projeto integrado no projeto *major* já referido que desse resposta às necessidades de formação dos prestadores de cuidados no que respeita ao controlo da COVID-19 em meio institucional.

No próximo capítulo descreve-se o percurso efetuado na procura de informação nas bases de dados científicas e as principais conclusões decorrentes da pesquisa realizada.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. Estratégia de pesquisa

Numa fase inicial do projeto realizou-se uma revisão da literatura segundo as orientações da *Scoping Review* de Joanna Briggs *Institute* (JBI, 2019). O seu principal objetivo foi construir um mapa de evidências científicas, constando-se como um exercício preliminar à revisão sistemática. Esta tipologia de pesquisa permitiu mapear as evidências em relação ao tempo (quando foi publicado), localização (país de publicação), fonte (literatura revista por pares ou literatura cinzenta) e origem (cuidados de saúde ou disciplina académica) (JBI, 2019).

O título do estudo ficou definido como: “Prevenir e controlar a disseminação da COVID-19: Uma intervenção na comunidade nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”. O objetivo da *Scoping Review* foi mapear a literatura existente acerca dos surtos por COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. A questão de pesquisa que deu origem à *Scoping Review* foi: “Quais as dificuldades sentidas, pelos prestadores de cuidados das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, na adoção de comportamentos preventivos em contexto pandémico por COVID-19?”. A mnemónica PCC utilizada foi: População (P): Prestadores de cuidados; Conceitos (C): Pandemia, COVID-19; Contexto (C): Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. As palavras-chave definidas foram: Pandemic; COVID-19; Nursing Home; Enfermagem Comunitária; Intervenção.

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados: MEDLINE e CINAHL, via EBSCOhost *Integrated Search*. Utilizaram-se como filtros: artigos com resumo, em texto completo, escritos em português ou inglês, gratuitos e com menos de 2 anos. Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e de revisão sistemática. O percurso efetuado poderá ser percecionado detalhadamente no *Prisma Flow Diagram* (APÊNDICE I) e na *Scoping Review* (APÊNDICE II).

Da *Scoping Review* resultaram 6 artigos. Os estudos escolhidos representam a realidade da disseminação do vírus SARS-CoV-2 nos lares de idosos em cidades europeias e internacionais, descrevendo as principais medidas preventivas adotadas para conter a infeção no seio organizacional.

É transversal entre os autores que este vírus tem uma elevada capacidade de disseminação, principalmente quando se trata de um meio fechado e com grande densidade populacional.

Na maioria das ERPI representadas nos artigos registaram-se taxas de incidência de infeção superiores a 50%. A sua disseminação é tão rápida e expansiva que se chegou a registar, num lar em Barcelona, uma taxa de infeção para COVID-19 de 81,6%. Os sintomas mais relatados são a febre e as infeções respiratórias. Os autores alertam para a imprescindibilidade de valorizar as pessoas assintomáticas com diagnóstico positivo para COVID-19. Embora sem manifestações, por serem portadores, podem igualmente transmitir a patologia a terceiros. Em alguns artigos registaram-se taxas de utentes positivos assintomáticos muito elevadas (> 60%), conduzindo os integrantes dos lares a uma falsa perceção de segurança e, conseqüentemente, à ocorrência de surtos.

É unânime que as pessoas mais afetadas pela COVID-19 são as pessoas idosas e que as taxas de infeção em instituições dedicadas ao apoio a idosos (como os lares e os internamentos de longa duração) são significativamente superiores em relação às taxas registadas em organizações de outras naturezas (Bui et al., 2020 & Kittang et al., 2020). Sendo os lares os contextos mais suscetíveis à doença e sendo a sua população-alvo as pessoas idosas, torna-se evidente a necessidade de investir em medidas preventivas eficazes nestas instituições.

As medidas preventivas mais descritas pelos autores foram: restrição das visitas externas; uso adequado de máscaras faciais e outros EPI; educação dos elementos das equipas sobre controlo de infeção; avaliação regular de sintomas dos utentes e profissionais; criação de normas internas para gestão de casos positivos e a comunicação eficaz entre os lares e os seus hospitais de referência para encaminhamento de utentes com sintomatologia grave.

É também unânime entre os autores que o caminho da prevenção é o mais sólido no que respeita à contenção dos vírus: não só o SARS-CoV-2, como outras IACS. Apostar no desenvolvimento de medidas de controlo de infeção junto dos profissionais e na consolidação dos seus conhecimentos é o veículo mais seguro para garantir o bem-estar de todos os que circulam nos lares – desde os residentes aos colaboradores.

Após a realização da *Scoping Review*, selecionou-se um modelo teórico de enfermagem para sustentar a intervenção comunitária desenvolvida ao longo do estágio. No próximo subcapítulo apresenta-se o referencial teórico: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP).

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

Os modelos de enfermagem destacam-se como norteadores do exercício clínico e como ferramentas essenciais à obtenção de resultados de excelência – quer para os clientes, quer para os enfermeiros (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016). Nos clientes, entre os benefícios da utilização dos modelos de enfermagem, “(...) destacam-se a promoção da saúde, o bem-estar, a prevenção de complicações e o aumento crescente da satisfação. No caso dos enfermeiros, as consequências positivas verificam-se na melhoria da comunicação, na autonomia, no trabalho em equipa, na gestão partilhada, no fortalecimento do compromisso com a organização e a profissão...” (Ribeiro et al., 2016, p. 132).

Para o projeto foi escolhido o MPSNP (ANEXO II) por fornecer uma ampla abordagem ao nível da prevenção primária e por se focar na estimulação de comportamentos promotores de saúde. O conceito de promoção da saúde assenta em dois princípios basilares: mudança de estilos de vida e otimização do potencial de saúde de um indivíduo ou comunidade. A obtenção de novos estádios parte da modificação de um conjunto de fatores que, após análise e avaliação, se considerem essenciais ao alcance das metas pretendidas (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

O conceito de prevenção conjetura dois níveis distintos: prevenção primária e secundária. A prevenção primária dirige-se aos indivíduos que apresentam risco acrescido de desenvolvimento de uma determinada doença. A prevenção secundária centra-se na diminuição das sequelas ou consequências de uma patologia previamente diagnosticada. As estratégias desenvolvidas ao nível da prevenção primária visam reduzir ou protelar o aparecimento de doenças. Na prevenção secundária, por sua vez, as estratégias procuram promover a saúde no que respeita aos limites da patologia ou incapacidade pré-existente (Neiva, Vianna & Moraes, 2015).

Murdaugh et al. (2019) afirmam que a promoção da saúde e a prevenção primária revelam benefícios significativos para a qualidade de vida e longevidade das pessoas. Estes conceitos baseiam-se em modelos comportamentais e sociopolíticos de cuidados de saúde, reconhecendo os efeitos de múltiplos sistemas nos resultados que se pretendem alcançar (Murdaugh et al., 2019). O MPSNP foi criado através da indução da investigação já existente, criando um padrão de conhecimento sobre o

comportamento de saúde. Este pretende descrever a natureza multidimensional da pessoa – tendo em conta os ambientes físicos em que se insere e as suas interações interpessoais –, com foco na aquisição de ganhos em saúde (Murdaugh et al., 2019).

Este modelo fornece uma visão holística do funcionamento do ser humano, perspetivando o que se conhece sobre o comportamento de promoção de saúde e criando oportunidades de experimentação e aprendizagem (Murdaugh et al., 2019). Para o efeito, o MPSNP abrange quatro conceitos fundamentais que edificam o meta-paradigma de enfermagem: saúde, ambiente, pessoa e cuidados de enfermagem.

Para a operacionalização do modelo é fulcral conhecer a sua estrutura, componentes e relação entre as suas variáveis:

- 1) **Características e experiências individuais:** os indivíduos possuem particularidades e vivências únicas que afetam as suas ações do dia-a-dia. A relevância da sua execução depende do comportamento-alvo a atingir (Murdaugh et al., 2019). Esta componente preconiza o comportamento que se pretende modificar e os fatores biológicos (idade, Índice de Massa Corporal (IMC) e capacidade física), psicológicos (autoestima e auto-motivação) e socioculturais (etnia, habilitações literárias e padrão socioeconómico) (Murdaugh et al., 2019).
- 2) **Comportamento específico, cognições e afeto:** as variáveis comportamentais assumem uma enorme preponderância na motivação pessoal, podendo ser alteradas, na maioria dos casos, através de intervenções específicas e adequadas (Murdaugh et al., 2019). Esta componente inclui os benefícios percebidos, barreiras percebidas, autoeficácia percebida, afeto relacionado à atividade, influências interpessoais e influências situacionais, compromisso com o plano de ação e exigências de preferências concorrentes imediatas (Murdaugh et al., 2019). Ao analisar as variáveis é importante avaliar se a alteração é passível de intervenção de enfermagem.
- 3) **Resultado do comportamento:** esta componente refere-se ao comportamento promotor de saúde como objetivo final da intervenção, ou seja, o resultado da ação desenvolvida através do MPSNP. O comportamento promotor de saúde deve ter como meta a obtenção de ganhos em saúde para o indivíduo uma vez que este, quando integrado num estilo de vida saudável, resulta em mais saúde, maior autonomia e

melhor qualidade de vida em todas as fases do ciclo de vida (Murdaugh et al., 2019).

Ao longo do projeto, o MPSNP foi utilizado como veículo para abordar a população-alvo numa vertente holística – permitindo observar com maior clareza os seus comportamentos pré-intervenção, barreiras, motivações e necessidades formativas em relação às áreas da prevenção e controlo de infeção. Apresentamos o MPSNP adaptado (APÊNDICE VII). A utilização deste modelo permitiu perceber de forma objetiva a necessidade de investir na formação dos prestadores de cuidados, incentivando-os à adoção de comportamentos preventivos, através da educação como principal estratégia.

O próximo capítulo descreve o percurso efetuado para esse fim; desde o diagnóstico de situação da população até à avaliação dos resultados obtidos através da intervenção comunitária desenvolvida.

## **4. PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O projeto realizado sustentou-se nas premissas da Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde (MPPS) de Imperatori & Giraldes (1993). A aplicação do MPPS é um processo constante e mutável, sendo composto por diferentes etapas (Imperatori & Giraldes, 1993). As fases que compõem o MPPS são: diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

As características dinâmicas desta metodologia admitem a possibilidade de retrocesso, ao longo do percurso efetuado, se assim for necessário ao aperfeiçoamento da colheita de dados (Imperatori & Giraldes, 1993). Atendendo ao citado, o desenho do projeto começou pelo diagnóstico de situação.

### **4.1. Diagnóstico de situação**

A etapa do diagnóstico de situação deve corresponder à identificação das necessidades da população e causas que as desencadeiam (Imperatori & Giraldes, 1993). A qualidade e rigor desta fase determinam, impreterivelmente, as etapas seguintes. A descrição dos dados colhidos deve ser clara e sucinta, permitindo a compreensão das problemáticas identificadas pelo investigador ao longo de todo o processo (Imperatori & Giraldes, 1993).

#### **4.1.1. Contexto de intervenção**

O local escolhido para a realização do estágio foi a USP Francisco George, integrante do ACES Lisboa Norte. A sua missão passa pela defesa, proteção e promoção da saúde da população através de estratégias de vigilância epidemiológica e planeamento em saúde. Na sua equipa multidisciplinar, a USP tem como colaboradores: quatro autoridades de saúde pública, um médico especialista em saúde pública, seis médicos internos da especialidade, três médicos internos do ano comum, cinco Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (EEEEC), uma enfermeira generalista e doze técnicos superiores de saúde ambiental. Enquanto estrutura, a USP situa-se na freguesia de Sete Rios, intervindo nas zonas geográficas de Alvalade, Lumiar, Benfica, Carnide e Santa Clara.

Atendendo às circunstâncias pandémicas, embora existam outras frentes de ação, a USP Francisco George tem focado a sua intervenção na área da prevenção da COVID-19. Um dos seus projetos tem como objetivo prevenir os surtos pandémicos nas ERPI, pelo que foi este o contexto escolhido para a intervenção comunitária.

A USP Francisco George abrange a vigilância de quarenta e sete ERPI distribuídas por quatro tipologias diferenciadas (associações, residências sénior, casas de repouso e centros paroquiais).

#### **4.1.2. População-alvo**

A população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos pelo investigador e para os quais se pretendem fazer generalizações (Fortin, 2009).

Quando os contextos de intervenção são as ERPI, onde a circulação de pessoas é vasta, a prevenção da propagação das doenças infetocontagiosas acaba por ser uma responsabilidade transversal a todos os intervenientes. Não obstante e como foi possível analisar no subcapítulo “1.3. O papel dos prestadores de cuidados no controlo de infeção”, as dinâmicas que envolvem estes profissionais durante a sua atividade laboral são as mais preponderantes para prevenir a disseminação do vírus SARS-CoV-2 e outras IACS. Neste sentido, a população-alvo deste projeto de intervenção foram os prestadores de cuidados das quarenta e sete ERPI sob vigilância da USP Francisco George.

O número de locais escolhidos para desenvolver a ação deve ser proporcional ao tempo disponível para intervir. Nesse sentido, realizou-se uma triagem das ERPI a incluir no projeto. Esse processo foi realizado através de uma estratégia de randomização que, segundo Ferreira & Patino (2016), tem por objetivo selecionar aleatoriamente um conjunto de participantes para um estudo. Segundo as mesmas autoras (2016) existem várias formas de randomizar uma população, sendo as mais comuns: randomização simples, em bloco, estratificada e adaptativa. Todas as estratégias são viáveis, contudo, deverá ser escolhida aquela que melhor corresponde às pretensões do investigador (Ferreira & Patino, 2016). Uma vez que o ACES Lisboa Norte abrangia quatro tipologias de ERPI, optou-se por incluir 25% de cada tipologia organizacional na amostra – tornando-a o mais justa e homogénea possível. Para o efeito, foi selecionada a estratégia de randomização em bloco por ser uma “(...) boa opção quando se deseja equilíbrio no número de participantes em cada grupo”

(Ferreira & Patino, 2016, p. 310). Foram criadas inicialmente quatro secções (associações, residências sénior, casas de repouso e centros paroquiais) com o número total de ERPI assinaladas em cada categoria. Posteriormente, foi realizada uma ponderação de 25% sobre o número total de ERPI em cada secção e, decorrente desses cálculos, foram selecionadas aleatoriamente: duas associações, sete residências sénior, duas casas de repouso e um centro paroquial. A estratégia de seleção das ERPI poderá ser percecionada de forma esquematizada no APÊNDICE V.

O critério de inclusão utilizado foi que, à data da realização do diagnóstico de situação, as ERPI tivessem condições para integrarem o projeto de intervenção e que os seus prestadores de cuidados quisessem participar. A amostra final contou com os prestadores de cuidados (setenta e seis) das doze ERPI selecionadas para o projeto de intervenção comunitária.

#### **4.1.3. Instrumento de colheita de dados**

O presente projeto, tal como referido anteriormente, insere-se num projeto *major* que já se encontrava em desenvolvimento quando se iniciou o estágio. Nessa fase, as equipas de intervenção já tinham realizado as primeiras visitas a todas as ERPI abrangidas pelo ACES Lisboa Norte. Nessas visitas foi aplicado o instrumento de colheita de dados “Protocolo de Atuação Social: Respostas Sociais Residenciais” (ANEXO I) que pretendia identificar as áreas do controlo de infeção mais afetadas e as causas que desencadeavam o incumprimento das medidas preventivas nas ERPI. As áreas comprometidas e respetivas causas foram identificadas por observação direta e através de entrevista informal com os profissionais presentes no momento das visitas. Enquanto realizavam as visitas e questionavam os colaboradores sobre a forma como estavam a lidar com a pandemia, as equipas assinalavam “sim” no instrumento de colheita de dados quando a medida, regra ou procedimento era cumprido ou “não” quando não era cumprido.

Uma vez que o “Protocolo de Atuação Social: Respostas Sociais Residenciais” não tinha itens sobre a formação dos colaboradores, e sendo essa uma das principais preocupações da USP Francisco George em relação às ERPI, os EEEC solicitaram aos diretores técnicos uma lista com o número total de prestadores de cuidados que nunca tiveram formação formal nas áreas subjacentes ao controlo de infeção assinaladas como comprometidas ao longo das visitas, nomeadamente: gestão dos EPI, gestão dos lixos e resíduos, gestão de roupas de residentes e

funcionários, gestão do material de limpeza e desinfecção e gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19.

As equipas de intervenção aplicaram um inquérito (ANEXO I) por cada ERPI e, ao longo do mês de junho de 2020, todos os diretores técnicos enviaram a lista solicitada pelos EEEC envolvidos no projeto *major*. Após a aplicação dos inquéritos e receção das listas de prestadores de cuidados com as suas necessidades formativas, as equipas de intervenção fizeram um relatório individualizado sobre cada ERPI onde constavam as áreas comprometidas e suas causas, o número total de prestadores de cuidados da ERPI e o número total de prestadores de cuidados da ERPI sem formação nas áreas supracitadas. Posteriormente, o estudante realizou os cálculos para determinar as percentagens de prestadores de cuidados sem formação nas áreas comprometidas. Os cálculos poderão ser percebidos no APÊNDICE VI. Para elaborar o diagnóstico de situação de saúde foram utilizadas como referência as áreas comprometidas e suas causas descritas nos relatórios realizados pelas equipas de intervenção sobre as doze ERPI da amostra.

#### **4.1.4. Questões éticas e legais**

Para Fortin (2009), as questões éticas e legais evidenciam dilemas particulares aos investigadores que provêm das exigências morais dos mesmos e que poderão, ao longo do percurso, entrar em conflito com o rigor da investigação. Para assegurar estes princípios foi efetuado um pedido de autorização para a realização do projeto e acesso aos relatórios realizados pelas equipas de intervenção à coordenadora da USP Francisco George, uma vez que o projeto *major* do qual partiu a presente intervenção comunitária estava sob a sua tutela (APÊNDICE IV).

O pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde para a realização do projeto foi submetido no dia 25/10/2020. No dia 6/11/2020, após ser analisado em reunião de secção, foi emitido um parecer que declarava cumprimento de critérios de isenção de parecer sem conflito de interesses (APÊNDICE III).

Após a priorização dos problemas foi também realizado um convite formal aos diretores técnicos das doze ERPI para participarem no projeto de intervenção comunitária a desenvolver, com o título “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” (APÊNDICE XII).

#### 4.1.5. Identificação das áreas comprometidas

Segundo Tavares (1990), o diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas. Esta etapa deve refletir as necessidades auferidas pela população-alvo de forma clara e sucinta (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nos relatórios elaborados pelas equipas de intervenção, respetivos às doze ERPI da amostra, surgiram oito áreas comprometidas. As causas que levaram à identificação dessas áreas apareciam descritas nos relatórios como sendo as mais assinaladas na escolha “não”, por repetição, nos inquéritos aplicados durante as visitas. No Quadro 1. estão representadas as áreas de compromisso, as causas que as desencadearam e a percentagem de prestadores de cuidados sem formação nas áreas identificadas.

**Quadro 1. Relação entre as áreas comprometidas e suas causas**

Área comprometida	Causas identificadas pelas equipas
Gestão dos EPI	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ausência de alguns EPI necessários à prestação de cuidados segura;</li><li>○ Ausência de kits de EPI destinados à utilização imediata pelos prestadores de cuidados a utentes positivos para COVID-19;</li><li>○ Ausência de kits com máscara cirúrgica na entrada das ERPI para fornecimento aos colaboradores e visitas;</li><li>○ 78% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área.</li></ul>
Gestão dos lixos e resíduos	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ausência de procedimento interno para triagem, acondicionamento e transporte dos circuitos dos lixos;</li><li>○ Ausência de recipientes para o lixo acionados por pedal;</li><li>○ Ausência de sacos brancos para colocação dos resíduos resultantes dos cuidados ao utente positivo para COVID-19;</li><li>○ Ausência de zona específica para acondicionamento de lixos do grupo III;</li><li>○ 83% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área.</li></ul>

<p>Gestão de roupas de residentes e funcionários</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de procedimento interno para lavagem da roupa;</li> <li>○ Ausência de fardas exclusivas para prestadores de cuidados a utentes positivos para COVID-19;</li> <li>○ Ausência de contentores exclusivos para colocação das fardas usadas pelos prestadores de cuidados a utentes positivos para COVID-19;</li> <li>○ 38% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área.</li> </ul>
<p>Gestão do material de limpeza e desinfeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de procedimento para correta higienização das mãos afixado nas casas-de-banho;</li> <li>○ Ausência de procedimento para higienização de material vindo do exterior (ex.: farmácia);</li> <li>○ Ausência de equipamentos de limpeza exclusivos para a área destinada ao internamento de utentes positivos para COVID-19;</li> <li>○ Ausência de dispensadores de base alcoólica nos locais de transição;</li> <li>○ Ausência de tapete impedido em solução desinfetante;</li> <li>○ 68% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área.</li> </ul>
<p>Gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de procedimento interno para receção de caso positivo vindo do exterior;</li> <li>○ Ausência de ala exclusiva para internamento de utentes positivos para COVID-19;</li> <li>○ 16% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área.</li> </ul>
<p>Planeamento de visitas externas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de procedimento interno para receção de visitas externas (familiares ou pessoas significativas);</li> <li>○ Ausência de procedimento interno para receção de empresas (ex.: farmácia e distribuição alimentar);</li> <li>○ Ausência de procedimentos alternativos ao presencial para contacto utente-familiar (ex.: videochamada).</li> </ul>

<p>Gestão de profissionais e equipas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rácio de enfermeiros e auxiliares de ação médica inferior ao necessário para uma prestação de cuidados segura;</li> <li>○ Ausência de equipas de prestadores cuidados exclusivas para as alas com utentes positivos para COVID-19.</li> </ul>
<p>Questões estruturais e organização das áreas internas das ERPI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de uma ala destinada a utentes positivos para COVID-19;</li> <li>○ Ausência de zonas de transição entre a ala destinada a utentes positivos para COVID-19 e alas limpas;</li> <li>○ Ausência de cacifos ou caixas para acondicionamento da roupa pessoal dos colaboradores.</li> </ul>

Como referem Murdaugh et al. (2019), o MPSNP sugere que se faça uma análise prévia ao planeamento da ação sobre a sensibilidade dos problemas à intervenção de enfermagem. Nesse sentido, embora tenham sido identificadas oito áreas comprometidas, as causas relacionadas com o “Planeamento de visitas externas”, “Gestão de profissionais e equipas” e “Questões estruturais e organização das áreas internas das ERPI” pertenciam ao domínio de intervenção da Proteção Civil e Segurança Social. Como tal, essas entidades assumiram, ao longo do projeto *major*, a sua resolução.

Considerando que o foco da intervenção comunitária era que os prestadores de cuidados aprofundassem conhecimentos sobre medidas de controlo de infeção, apenas se consideraram as áreas de compromisso sensíveis à intervenção de enfermagem subjacentes à causa “x% dos prestadores de cuidados sem formação nesta área” para a elaboração dos diagnósticos.

No próximo subcapítulo apresentam-se os diagnósticos de enfermagem formulados.

#### 4.1.6. Diagnósticos de enfermagem

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2019. A CIPE representa uma das terminologias utilizadas pelos enfermeiros para expressarem o que observam (diagnósticos e resultados de enfermagem) e as ações que implementam para resolver os problemas de saúde (intervenções de enfermagem).

Nos parâmetros descritos pela CIPE (2019), os diagnósticos de enfermagem devem definir o estado do cliente e as suas necessidades. As diretrizes para a construção dos diagnósticos devem respeitar os eixos fundamentais: foco, juízo e outros que se considerem relevantes (ex.: cliente e local de intervenção) (CIPE, 2019).

Considerando os dados relatados ao longo do capítulo e mediante os pressupostos teóricos da CIPE (2019), definiram-se como diagnósticos de enfermagem:

#### Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem

Conhecimento sobre medidas de segurança (foco) comprometido (juízo)	
1	na gestão dos EPI em 78% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)
2	na gestão dos lixos e resíduos em 83% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)
3	na gestão de roupas de residentes e funcionários em 38% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)
4	na gestão do material de limpeza e desinfecção em 68% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)
5	na gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19 em 16% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)

No próximo subcapítulo priorizam-se as áreas comprometidas, tendo em vista os diagnósticos de enfermagem definidos na etapa do diagnóstico de situação.

## 4.2. Definição de prioridades

A fase que precede o diagnóstico de situação é a definição de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa “Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisões.” (Tavares, 1990, p. 83). O seu objetivo é determinar as necessidades de intervenção prioritárias com base em critérios que fundamentem as escolhas. Priorizar as necessidades não significa ignorar os outros problemas identificados, mas sim canalizar os recursos para a resolução das necessidades que acarretam maiores riscos para a população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1993).

O método escolhido para a realização desta etapa foi o Método de Hanlon (ANEXO III). Este preconiza quatro critérios para definir prioridades:

- A – Amplitude ou magnitude do problema;
- B – Gravidade do problema;
- C – Eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema;
- D – Exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1992, p. 89).

A aplicação da fórmula “Valor de prioridade = (A + B) C x D” em cada área de compromisso torna possível o seu ordenamento por prioridade. O critério da amplitude do problema (A) relaciona-se com o número de pessoas afetadas. Neste critério é atribuída uma pontuação maior aos problemas que afetam mais pessoas. O Quadro 3. espelha a relação entre o intervalo de prevalências para as áreas comprometidas e a sua ponderação em relação ao critério da amplitude:

**Quadro 3. Critério da amplitude**

Prevalência da área comprometida na amostra populacional (%)	Ponderação
80% – 100%	10
70% – 79,9%	8
50% – 69,9%	6
30% – 49,9%	4
0,1% – 29,9%	2

O critério da gravidade do problema (B) pode ser analisado de acordo com a mortalidade, morbidade, custos, entre outros. A escala varia entre 0 e 10, numa

ordem de gravidade crescente. O Quadro 4. espelha a classificação de cada área comprometida segundo a sua gravidade:

**Quadro 4. Critério da gravidade**

Área comprometida	Custos	Morbilidade	Ponderação Final
Gestão dos EPI	8	10	9
Gestão dos lixos e resíduos	6	10	8
Gestão de roupas de residentes e funcionários	8	8	8
Gestão de material de limpeza e desinfecção	8	8	8
Gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19	4	10	7

A eficácia da solução (C) corresponde à dificuldade de resolução do problema. A escala varia entre 0,5 e 1,5, onde o valor mais baixo corresponde à solução mais difícil e o valor mais alto à solução mais fácil.

Por fim, o critério da exequibilidade do projeto (D) integra 5 componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. Este critério assume a ponderação de dois valores numéricos: 1 ponto (sim) e 0 pontos (não). No Quadro 5. observa-se a aplicação de cada critério face a cada área comprometida identificada:

**Quadro 5. Método de Hanlon adaptado**

Área comprometida	A	B	C	D	Valor de prioridade	Ordem de prioridade
Gestão dos EPI	9	10	1,5	1	28,5	2.º
Gestão dos lixos e resíduos	10	10	1,5	1	30	1.º
Gestão de roupas de residentes e funcionários	4	8	1,5	1	18	3.º
Gestão de material de limpeza e desinfecção	8	8	1	1	16	4.º
Gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19	2	10	1	1	12	5.º

O método de Hanlon é “(...) adequado quando se pretende hierarquizar uma lista de problemas de saúde com base em métodos quantitativos.” (Rodrigues, 2021, p. 74), sendo frequentemente utilizado em comunidades com elevado índice populacional. Uma vez que a amostra do projeto contemplou inicialmente setenta e seis participantes sentiu-se a necessidade, ao longo do processo de aplicação do método, de adaptar os seus critérios e ponderações à dimensão da população escolhida.

Através da análise dos resultados obtidos, observou-se que as áreas comprometidas de maior pontuação foram a “Gestão dos lixos e resíduos” e a “Gestão dos EPI” tendo-se destacado, assim, como áreas prioritárias para a intervenção comunitária.

Realizando o paralelismo com os diagnósticos de enfermagem formulados consideraram-se os seguintes diagnósticos priorizados (Quadro 6.):

**Quadro 6. Diagnósticos de enfermagem priorizados**

Conhecimento sobre medidas de segurança (foco) comprometido (juízo)	
1	na gestão dos lixos e resíduos em 83% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)
2	na gestão dos EPI em 78% dos prestadores de cuidados (cliente) das ERPI (local de intervenção)

O próximo subcapítulo apresenta os objetivos, indicadores e metas que permitiram avaliar, posteriormente, o sucesso da intervenção comunitária desenvolvida.

### 4.3. Fixação de objetivos

A fase de fixação de objetivos tem como foco a construção de metas e indicadores que permitam avaliar o sucesso do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos definidos devem ser adequados às problemáticas e população, exequíveis e mensuráveis – expressando os resultados que se pretendem alcançar. Estes devem manifestar um conjunto de características que demonstrem a natureza da situação desejada, a população-alvo, a zona de aplicação e o período disponível para os concretizar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos devem ser correlativos e sequenciais, integrando o objetivo geral (situação que se pretende atingir) e específicos (focos de ação mais detalhados que contribuem para o sucesso do objetivo geral) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, os objetivos fixados para o projeto de intervenção comunitária foram:

#### **Objetivo geral:**

- Contribuir para o conhecimento dos prestadores de cuidados para as práticas seguras na prevenção da COVID-19 na comunidade das ERPI, abrangidas pelo ACES Lisboa Norte, no período de dezembro de 2020 até abril de 2021.

#### **Objetivos específicos:**

- Aumentar a aquisição dos conhecimentos dos prestadores de cuidados das ERPI do ACES Lisboa Norte sobre as práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual, através da Educação para a Saúde, até dia 16 de abril de 2021;
- Aumentar a aquisição dos conhecimentos dos prestadores de cuidados das ERPI do ACES Lisboa Norte sobre as práticas seguras na gestão de lixos e resíduos, através da Educação para a Saúde, até 16 de abril de 2021.

Os **indicadores de saúde** permitem diagnosticar e monitorizar a evolução da situação e avaliar o impacto das intervenções (Tavares, 1990).

Por forma a mensurar a consecução dos objetivos fixados para a intervenção comunitária, definiram-se os indicadores (Quadro 7.):

**Quadro 7. Indicadores de saúde**

Indicador de adesão	Meta
<p><b>Percentagem de ERPI que aceitaram participar no projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”</b></p> <p>IA = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de ERPI que participam no projeto}}{\text{N}^\circ \text{ total de ERPI da amostra}} \times 100</math></p>	<p>Que pelo menos 80% das ERPI aceitem participar no projeto</p>
<p><b>Percentagem de participantes nas sessões de EpS</b></p> <p>IA = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes em cada sessão de EpS}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}} \times 100</math></p>	<p>Que pelo menos 50% dos participantes assistam às sessões de EpS</p>
Indicador de processo	Meta
<p><b>Percentagem de sessões de EpS realizadas</b></p> <p>IP = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de sessões de EpS realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de sessões de EpS planeadas}} \times 100</math></p>	<p>Que pelo menos 50% das sessões de EpS sejam realizadas</p>
Indicador de resultado	Meta
<p><b>Percentagem de participantes que responderam corretamente a pelo menos 6 perguntas na prova final sobre práticas seguras na gestão dos EPI</b></p> <p>IR = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes com pelo menos 6 respostas corretas na prova final}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes nas sessões de EpS}} \times 100</math></p>	<p>Que pelo menos 60% dos participantes tenham entre 6 a 10 respostas corretas nas provas de conhecimentos das temáticas</p>
<p><b>Percentagem de participantes que responderam corretamente a pelo menos 6 perguntas na prova final sobre práticas seguras na gestão de lixos e resíduos</b></p> <p>IR = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes com pelo menos 6 respostas corretas na prova final}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes nas sessões de EpS}} \times 100</math></p>	
Indicador de qualidade	Meta
<p><b>Percentagem de satisfação dos participantes nas sessões de EpS</b></p> <p>IQ = <math>\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliam satisfatoriamente cada sessão}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes na sessão de EpS}} \times 100</math></p>	<p>Que pelo menos 80% dos participantes demonstrem um nível de satisfação favorável (entre 4-5 segundo a escala de Likert)</p>

#### 4.4. Seleção de estratégias

A quarta etapa do MPPS é a seleção de estratégias (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Rodrigues (2021), citando Teixeira (2010), o conceito de estratégia define-se como o conjunto de intervenções realizadas com foco numa meta estabelecida e/ou na produção de um efeito desejado na população-alvo. “A estratégia é o desenho do modo como se trabalha para alcançar objetivos, ou seja, o caminho ou percurso de ação selecionado face às opções possíveis.” (Rodrigues, 2021, p. 96). Nesta etapa é escolhida pelo menos uma estratégia que deverá corresponder às necessidades e preferências da amostra populacional, aumentando a sua motivação para participar no projeto. Deverão também ser calculados os possíveis obstáculos da intervenção e prevista a melhor maneira de ultrapassá-los (Tavares, 1990).

Atentando ao citado e aos objetivos anteriormente fixados, a **Educação para a Saúde (EpS)** destacou-se como estratégia principal a adotar no projeto de intervenção comunitária. Para Rodrigues (2021), citando Costa & Lopéz (1998), a EpS corresponde ao processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição de novos saberes, manutenção de práticas saudáveis e revogação de comportamentos de risco. Segundo Murdaugh et al. (2019), os conceitos de promoção da saúde e EpS são muitas vezes confundidos. Embora se relacionem, não têm o mesmo significado. A EpS centra-se na “(...) combinação de experiências de aprendizagem planeada...” (Rochon, 1996, citado por Rodrigues, 2021, p. 112) para indivíduos ou grupos. O principal foco do profissional de saúde deverá ser que os utentes sejam capazes de tomar decisões mais conscientes, responsáveis e promotoras de mudança de comportamento após as sessões efetuadas (Murdaugh et al., 2019).

Tendo em vista a situação pandémica e as dificuldades sentidas pelas organizações (ERPI) no que diz respeito à gestão de tempo e visitas externas, solicitou-se aos diretores técnicos que questionassem as suas equipas sobre a possibilidade de assistirem às sessões de forma não-presencial e assíncrona. Na sequência do contacto, todas as equipas de prestadores de cuidados das ERPI preferiram realizar as sessões à distância. Esta realidade levou à adoção de uma estratégia complementar: **tecnologias digitais para comunicar**. Segundo Rodrigues (2021), os recursos tecnológicos possibilitam a transmissão de mensagens em saúde por áudio, vídeo e/ou imagens à distância. Estes mecanismos permitem que os

participantes acedam à informação onde e quando quiserem, sem que se imponham barreiras físicas e temporais (Rodrigues, 2021).

Considerando as sugestões proferidas pelas autoridades de saúde no que respeita ao distanciamento social, a utilização desta estratégia enquadrou-se não só na preferência da população-alvo, como também no objetivo central do projeto *major* da USP Francisco George: contribuir para a prevenção e controlo de surtos por COVID-19 nas ERPI. A partir desse momento, todos os assuntos relativos à intervenção comunitária foram tratados à distância. Os materiais e instrumentos utilizados para a consecução e avaliação das sessões de EpS foram construídos e disponibilizados através de ferramentas eletrónicas (ex.: *PowerPoint*) e plataformas digitais (ex.: *Google Forms*).

No próximo subcapítulo será descrita a fase da preparação operacional que teve na sua base de produção as estratégias selecionadas: EpS e tecnologias digitais para comunicar.

#### 4.5. Preparação operacional

A preparação operacional corresponde à quinta etapa do MPSS de Imperatori & Giraldes (1993). Esta etapa destina-se ao planeamento das atividades a desenvolver no período delimitado para a execução do projeto (Tavares, 1990).

Em primeira instância optou-se por realizar um plano operacional para a intervenção comunitária com os prestadores de cuidados das ERPI que se dividiu em dois momentos (Quadro 8.):

**Quadro 8. Plano operacional**

Sessões de EpS	Plano operacional para a intervenção comunitária
“Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual”	Sessão de EpS assíncrona através da exposição de conteúdos com recurso ao PowerPoint, vídeo demonstrativo e áudio em formato de <i>podcast</i> . Realização da prova de avaliação sobre conhecimentos da temática. Preenchimento do inquérito de satisfação.

<p>“Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infecção”</p>	<p>Sessão de EpS assíncrona através da exposição de conteúdos com recurso ao PowerPoint e áudio em formato de <i>podcast</i>.</p> <p>Realização da prova de avaliação sobre conhecimentos da temática.</p> <p>Preenchimento do inquérito de satisfação.</p>
---	---

Para que fosse possível conceber estes momentos foi necessário realizar um conjunto de atividades. Segundo Tavares (1990), as atividades devem ser definidas em função dos objetivos estabelecidos – especificando *quando*, *onde* e *como* devem ser concretizadas. Devem também determinar as necessidades em recursos e estabelecer um calendário detalhado para a sua execução (Tavares, 1990).

Para facilitar a estruturação das atividades ao longo do tempo, elaborou-se um cronograma de Gantt (APÊNDICE VIII), um plano de inter-relação meta-atividade (APÊNDICE IX) e uma rede de PERT/CPM (APÊNDICE X). Estes três instrumentos permitiram visualizar, compreender e orientar as diferentes fases do estágio final e as atividades programadas para a intervenção comunitária.

Inicialmente procurou-se escolher um nome para o projeto que fosse ao encontro dos objetivos fixados, tendo ficado intitulado de “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”. Para a sua divulgação foi construído um cartaz que apresentava o seu enquadramento, formador, orientadora clínica e docente, temáticas a abordar e estratégias adotadas para as sessões (APÊNDICE XIII). Pela impossibilidade de afixar o cartaz nas ERPI – devido às medidas preventivas definidas pela DGS – foi enviado um exemplar em formato digital para os diretores técnicos que, por sua vez, divulgaram com as suas equipas de prestadores de cuidados.

Após a confirmação das ERPI interessadas em participar foi enviada uma ficha de inscrição (APÊNDICE XIV) para os endereços eletrónicos dos diretores técnicos, disponibilizados pela equipa de saúde da USP Francisco George, para divulgarem com os prestadores de cuidados das suas ERPI. Na ficha de inscrição era dada a possibilidade de se matricularem em apenas uma ou nas duas sessões – mediante os interesses e dificuldades individuais. Foi solicitado o envio da ficha de inscrição preenchida para o e-mail institucional do estudante. O seu preenchimento permitiu ao estudante aceder ao e-mail do prestador de cuidados (preferencialmente o

institucional), para o qual foi enviado o material didático e, posteriormente, avaliar o sucesso dos indicadores de adesão.

Previamente à execução das sessões de EpS foi desenhado um planeamento de sessão para cada temática (APÊNDICE XI) que permitiu organizar as sessões em relação aos seus objetivos, conteúdos, duração, métodos, materiais e avaliação. Em seguida descrevem-se, sucintamente, as atividades realizadas:

Sessão de EpS “Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual”:

- Tempo: 45 minutos;
- Material necessário: Computador, *tablet*, telemóvel ou outro dispositivo digital compatível com áudio e imagem;
- Objetivos da atividade: Distinguir os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19; Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus; Reconhecer os diferentes tipos de EPI, para que servem e quando utilizá-los; Aprender a colocar e a remover corretamente os EPI com vista à prevenção da infeção por COVID-19.

Através do método expositivo *PowerPoint* (APÊNDICE XV) com narração em áudio e da utilização de um vídeo demonstrativo procurou-se transmitir os principais conteúdos a reter sobre a temática. No início da sessão foi explicada a diferença entre os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19 e seus mecanismos de transmissão. Seguidamente afunilou-se para a temática central onde foi explicado o conceito de EPI, as suas diferentes categorias, quando e por quem devem ser utilizadas. Foi apresentado um esquema proposto pela DGS sobre a higienização correta das mãos (procedimento fundamental ao controlo de infeção) e foi disponibilizado um vídeo (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, 2020) sobre a colocação e remoção adequada dos EPI com foco na prevenção da infeção por COVID-19.

Sessão de EpS “Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção”:

- Tempo: 45 minutos;
- Material necessário: Computador, *tablet*, telemóvel ou outro dispositivo digital compatível com áudio e imagem;
- Objetivos da atividade: Distinguir os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19; Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus; Reconhecer as diferentes classes de lixos e resíduos segundo a classificação nacional de resíduos hospitalares; Saber fazer a

correspondência entre resíduos hospitalares, tipo e acondicionamento; Saber triar e acondicionar corretamente os lixos para prevenir a infecção por COVID-19; Aprender as recomendações gerais para gerir o material contaminado proveniente dos cuidados gerais e de saúde ao doente com COVID-19.

À semelhança do primeiro momento, nesta sessão, recorreu-se ao método expositivo *PowerPoint* (APÊNDICE XV) com narração de conteúdos por voz. Uma vez que foi dada a possibilidade ao participante de aceder apenas a uma sessão e também no sentido de reforçar os conhecimentos de quem optou por assistir às duas sessões, foram novamente abordados os conteúdos gerais sobre os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19 e os seus principais mecanismos de transmissão. Em seguida, foi abordado o conceito de resíduo hospitalar, o seu mecanismo de classificação, o processo de triagem e acondicionamento dos lixos e a sua importância para o controlo de infeção a nível institucional. Foi também explicado como fazer a gestão do lixo proveniente dos cuidados gerais e de saúde prestados a utentes positivos para COVID-19 e apresentada uma lista de recomendações para contornar os erros mais frequentes neste processo.

No final das apresentações foi providenciada uma síntese de conteúdos que esquematizava os principais tópicos a reter para a execução de uma prática de cuidados segura e preventiva em contexto de ERPI. Após a visualização das sessões foi enviada, para o e-mail dos participantes, uma prova de avaliação de conhecimentos específica para cada tema (APÊNDICE XVI). Cada teste era composto por 10 perguntas em formato de “verdadeiro e falso”. Cada questão tinha uma ponderação equitativa de 10%. Foi também enviado um inquérito de satisfação (APÊNDICE XVII) para que os participantes avaliassem a pertinência dos temas, os métodos de exposição utilizados e a capacidade de comunicar do formador. Os participantes pontuaram as sessões de 1 – 5 segundo a Escala de Likert, sendo os valores mais elevados equivalentes a maior satisfação. O preenchimento das provas de avaliação e inquérito de satisfação foi anónimo e permitiu avaliar a consecução dos indicadores de resultado e qualidade, respetivamente. As sessões estiveram disponíveis para visualização até ao dia 16 de abril de 2021, data do término do estágio final.

No próximo subcapítulo apresenta-se a avaliação da intervenção comunitária segundo os indicadores e metas definidos anteriormente.

## 4.6. Avaliação

A última etapa do MPPS é a avaliação. “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 173). Segundo Tavares (1990), esta etapa é paralela a todo o processo de Planeamento em Saúde, tendo como foco o aperfeiçoamento dos programas e orientação dos recursos a partir da experiência vivida. Os obstáculos sentidos ao longo do processo podem ser variados. Por essa razão importa definir, desde o início, de que forma se irá avaliar o projeto – quer ao nível dos resultados que se esperam alcançar, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. “A avaliação é um instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada de boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas.” (Rodrigues, 2021, p. 129). A mesma autora (2021), citando Capucha (2008), refere que é imperativo explicitar o que se pretende avaliar, quais os objetivos definidos e com que indicadores se efetuará esse controlo.

O Quadro 9. reúne, de forma sucinta, os resultados obtidos em relação aos indicadores e metas definidos:

**Quadro 9. Resultados da intervenção comunitária**

Indicador de adesão	Meta	Resultado
Percentagem de ERPI que aceitaram participar no projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”	Que pelo menos 80% das ERPI aceitem participar no projeto	<b>Taxa: 83%</b>
Percentagem de participantes nas sessões de EpS	Que pelo menos 50% dos participantes assistam às sessões de EpS	<b>Taxa: 81%</b>
Indicador de processo	Meta	Resultado
Percentagem de sessões de EpS realizadas	Que pelo menos 50% das sessões de EpS sejam realizadas	<b>Taxa: 100%</b>

Indicador de resultado	Meta	Resultado
Percentagem de participantes que responderam corretamente a pelo menos 6 perguntas na prova final sobre práticas seguras na gestão dos EPI	Que pelo menos 60% dos participantes tenham entre 6 a 10 respostas corretas nas provas de conhecimentos das temáticas	<b>Taxa: 90%</b>
Percentagem de participantes que responderam corretamente a pelo menos 6 perguntas na prova final sobre práticas seguras na gestão de lixos e resíduos		<b>Taxa: 85%</b>
Indicador de qualidade	Meta	Resultado
Percentagem de satisfação dos participantes nas sessões de EpS	Que pelo menos 80% dos participantes demonstrem um nível de satisfação favorável (entre 4-5 segundo a escala de Likert)	<b>Taxa: 90%</b>

Os **indicadores de adesão** pretendiam avaliar o número de ERPI que aceitaram participar no projeto e o número de participantes nas sessões. Face ao número total de ERPI convidadas (doze), apenas duas não participaram. A primeira não participou porque estava, no momento da execução do projeto, a atravessar um surto por SARS-CoV-2. A segunda não participou porque os colaboradores tinham recebido formação interna nas duas temáticas há menos de 1 mês. Ainda assim, este indicador foi superado com uma taxa de sucesso de 83%. Excluindo os prestadores de cuidados das duas ERPI que não participaram (28), o número total passou para 48 colaboradores. Dos 48 prestadores de cuidados, 39 participaram no projeto e todos assistiram às duas sessões. Os restantes (9) não participaram por se encontrarem de férias, baixa médica ou licença sem vencimento. Assim, este indicador também foi superado: pretendia-se que pelo menos 50% dos participantes assistisse a cada sessão, tendo sido a participação em cada sessão de 81%.

O **indicador de processo** pretendia avaliar o número de sessões assíncronas realizadas. Neste projeto, as duas sessões de EpS programadas (“Práticas seguras

no uso dos Equipamentos de Proteção Individual” e “Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infecção”) foram realizadas. Como não houve possibilidade de as realizar presencialmente, as sessões foram enviadas para o e-mail institucional dos colaboradores após a recepção da ficha de inscrição preenchida. Nesse sentido, o indicador de processo apresentou uma taxa de sucesso de 100%.

Os **indicadores de resultado** pretendiam avaliar a aquisição de conhecimentos dos participantes após a visualização das sessões. A meta seria que pelo menos 60% dos participantes tivessem entre 6 a 10 respostas corretas nas provas de avaliação de conhecimentos. Na prova de conhecimentos sobre “Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual”, 35 participantes responderam corretamente entre 6 a 10 questões – o que resultou numa taxa de sucesso de 90%. Na prova de conhecimentos sobre “Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infecção”, 33 responderam corretamente entre 6 a 10 questões – correspondendo a uma taxa de sucesso de 85%.

O **indicador de qualidade** pretendia avaliar a satisfação dos participantes em relação às sessões de EpS realizadas. O inquérito de satisfação foi feito com base na Escala de Likert e pretendia-se que pelo menos 80% dos participantes classificassem as sessões entre 4 e 5. Calculando a média das respostas por participante, 4 participantes classificaram as sessões de EpS no nível 3 (Indiferente), 16 no nível 4 (Concordo) e 19 no nível 5 (Concordo totalmente). Dos 39 prestadores de cuidados, 35 classificaram as sessões de EpS entre 4 e 5 segundo a escala de Likert – o que resulta numa taxa de sucesso de 90%. Uma vez que a maioria dos participantes avaliou positivamente a experiência, sentindo-se mais seguros para cumprir as medidas preventivas e de controlo de infecção para a COVID-19, conclui-se que as atividades desenvolvidas foram ao encontro dos diagnósticos de enfermagem priorizados. Os resultados das provas de avaliação e inquérito de satisfação estão explanados no APÊNDICE XVIII.

No próximo capítulo será realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. O capítulo espelhará também uma reflexão sobre o projeto de intervenção comunitária, com especial enfoque nas aprendizagens desenvolvidas e suas limitações.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **5.1. Reflexão sobre as competências adquiridas**

A Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu, para além dos domínios de competências do enfermeiro especialista, competências específicas para cada área de especialização. A articulação entre estes dois níveis de competências é fundamental ao exercício do enfermeiro especialista – permitindo desenvolver uma prática de enfermagem de nível avançado e baseada na evidência.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), no Artigo 4.º, define quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram desenvolvidas através dos pedidos de autorização e dos contactos realizados com os vários intervenientes que contribuíram para o sucesso do projeto. Estes princípios foram também assegurados através da manutenção do anonimato dos participantes, diretores técnicos, ERPI e outros agentes que fizeram parte do projeto. As competências do domínio da melhoria contínua foram desenvolvidas através do processo de integração e trabalho desenvolvido com a equipa da USP. O envolvimento como elemento integrante da equipa proporcionou a possibilidade de participar nos vários projetos já em desenvolvimento – quer na estruturação de estratégias, quer na definição de metas e resultados a atingir. A participação ativa em projetos como a vacinação e testagem à COVID-19 à população do ACES Lisboa-Norte revelou-se uma mais-valia tanto para a equipa de enfermagem e serviço, quanto para o estudante enquanto futuro EEEC. As competências do domínio da gestão de cuidados foram desenvolvidas através da responsabilidade individual que foi assumida, desde o início, no projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”. Todo o material inerente às sessões de EpS, à sua execução e posterior avaliação foi desenvolvido pelo estudante com a supervisão da orientadora clínica. Neste âmbito, foi também desenvolvida a capacidade de priorizar necessidades e intervenções ao longo do tempo – garantindo não só melhores resultados junto da comunidade, como também o cumprimento dos prazos definidos para as diferentes fases do projeto. As competências do domínio das aprendizagens profissionais foram

desenvolvidas através das vivências em contexto de estágio. A USP, tratando-se de um serviço com características próprias e nunca antes experienciadas pelo estudante, propiciou o desenvolvimento de novas capacidades. A participação na dinâmica do quotidiano do serviço permitiu que o exercício profissional, até à data centrado na pessoa, passasse a ser desenvolvido também em prole das necessidades dos grupos com vista à obtenção de ganhos em saúde pública. Esta experiência permitiu perceber o papel do enfermeiro especialista na comunidade, as suas funções específicas e a imprescindibilidade da sua ação para o regular funcionamento dos serviços de saúde.

A OE definiu as competências do EEEEC através do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (2018). As competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foram desenvolvidas através da consecução da intervenção comunitária como um todo. Ao longo do percurso procurou-se avaliar o estado de saúde de uma comunidade (diagnóstico de situação e identificação das áreas comprometidas nas doze ERPI da amostra) com base na Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1993). Procurou-se contribuir para a capacitação dos prestadores de cuidados no combate à COVID-19, investindo na sua formação em duas temáticas essenciais à prevenção da disseminação da doença. O projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”, desenvolvido com foco nos objetivos integrados no PPCIRA (2017) e PNPRDNC (2020), foi elaborado e coordenado autonomamente desde a sua preparação até à avaliação dos resultados obtidos com a supervisão da orientadora clínica. No início da pandemia a USP assumiu a totalidade dos inquéritos epidemiológicos e vigilâncias ativas. Contudo, o aumento exponencial de casos fez com que, em determinado momento, o número de enfermeiros do serviço não fosse suficiente para responder ao volume de trabalho. Para dar resposta nesse sentido, a USP solicitou a colaboração das forças militares. Como estes não eram profissionais de saúde foram os EEEEC que providenciaram a formação necessária à realização das chamadas telefónicas, sessões de treino e posterior supervisão clínica das intervenções executadas pelos agentes e oficiais. Enquanto estudante foi possível participar nesta atividade de prática especializada e de cooperação interinstitucional que contribuiu para os ganhos em saúde da população abrangida pelo ACES Lisboa-Norte.

A obtenção do grau de mestre implica um conjunto de competências que devem ser desenvolvidas ao longo do segundo ciclo de estudos. As competências são definidas de acordo com os descritores de Dublin no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. Estas competências são redigidas de forma a incluírem todos os mestrados multidisciplinares a nível europeu, sendo paralelamente transversais às competências específicas do EEEC fixadas pela OE. Esta complementaridade exige do mestrando em enfermagem um aprofundamento de competências e capacidades com base nos conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura. As capacidades de compreensão e resolução de situações novas, ainda que relacionadas com a área de estudos, foram desenvolvidas sobretudo através do contacto com os EEEC – primariamente em contexto observacional e, após integração, participativo. Foram também desenvolvidas competências comunicacionais (comunicação gradativamente mais clara e sem ambiguidades) que foram essenciais não só à concretização das UC do curso, como também à projeção e consecução da intervenção comunitária desenvolvida ao longo do último semestre. É de ressaltar, inclusivamente, o desenvolvimento das competências de pesquisa nas bases de dados e fontes de informação que permitiram desenvolver os trabalhos do curso com base na evidência mais adequada e atualizada. Pretende-se, enquanto futuro mestre em enfermagem, realizar a divulgação do presente projeto em eventos científicos como contributo para a ciência, permitindo que outros investigadores e/ou profissionais de saúde usufruam do conhecimento edificado ao longo deste percurso.

## **5.2. Reflexão sobre o projeto e as suas limitações**

A elaboração do relatório final permitiu refletir acerca das atividades concebidas em contexto de estágio, com principal enfoque no presente projeto, que possibilitaram o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e EEEC. Nesta viagem nasceu o projeto “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” que respondeu ao principal objetivo: contribuir para o conhecimento dos prestadores de cuidados sobre as práticas seguras na prevenção da disseminação da COVID-19 na comunidade das ERPI, abrangidas pelo ACES Lisboa Norte, no período de dezembro de 2020 até abril de 2021. Pretendia-se que a intervenção comunitária fosse ao encontro das

necessidades da USP tendo-se integrado, por isso, num projeto *major* já em desenvolvimento.

Nas visitas às doze ERPI envolvidas no projeto foram identificadas algumas falhas no cumprimento das medidas de prevenção da SARS-CoV-2 e um número elevado de prestadores de cuidados sem formação em áreas essenciais ao adequado controlo de infeção. Essas falhas alicerçavam-se a sentimentos negativos e positivos que estavam descritos nos relatórios realizados pelas equipas de intervenção. Por um lado, os prestadores de cuidados sentiam medo de se infetarem, associado aos mitos divulgados pela comunicação social e ao convívio com os seus colegas. Os últimos, por também se encontrarem inseguros em relação aos seus comportamentos em contexto laboral, potenciavam ainda mais esses receios nos seus pares. Por outro lado, os prestadores de cuidados encontravam-se motivados para a aprendizagem, admitindo a necessidade de consolidação de conhecimentos e mudança de comportamentos para proteção da comunidade das ERPI.

A promoção da saúde realizada através da EpS como principal estratégia, sustentada no MPSNP, revelou-se uma mais-valia para o público-alvo: aumentando os seus conhecimentos nas temáticas do uso adequado dos EPI e gestão de lixos e resíduos e melhorando a sua convicção e autoconfiança na prática de cuidados.

A utilização das tecnologias digitais para comunicar como estratégia complementar (técnica adotada devido à situação pandémica) permitiu não só atender às preferências da população, como também divulgar o conhecimento por um maior número de pessoas. Considerando o período limitado para a intervenção comunitária, se as sessões tivessem sido realizadas presencialmente, dificilmente se conseguiriam abordar as duas temáticas num número tão alargado de ERPI. As sessões *online* revelaram outro benefício para os participantes: poderem assistir quando e onde quisessem. A ausência de barreiras físicas e temporais facilitou o processo de adesão por parte dos participantes, não incutindo qualquer obrigatoriedade relativa ao horário e local para visualização dos conteúdos.

Contudo, existiu uma limitação relacionada com a utilização da estratégia “tecnologias digitais para comunicar”. Nas sessões presenciais todas as atividades podem ser realizadas em tempo real, permitindo que o formador recolha todos os dados que necessita para avaliar a consecução da ação ou projeto no próprio dia. O facto de cada participante ter visualizado as sessões e preenchido os formulários no seu próprio *timing* fez com que o tratamento de dados fosse mais lento para o

formador. Outra limitação da intervenção comunitária coaduna-se com entrada num projeto já em desenvolvimento. O facto da colheita de dados ter sido efetuada por diferentes profissionais e sendo este um exercício subjetivo a quem o realiza, tornou o processo de interpretação por parte do estudante, em alguns momentos, mais complexo. Apesar do instrumento utilizado ser na maioria composto por *itens* de resposta fechada, as secções de resposta aberta permitiam que o profissional discorresse considerações que por vezes se tornavam dúbias. Contudo, as dúvidas foram esclarecidas em diálogo direto com os profissionais responsáveis pelo preenchimento dos inquéritos em questão. Por fim, como última limitação, destaca-se o facto de não se ter observado a mudança de comportamentos na prática – tal como sugere o MPSNP. O período de tempo limitado para o estágio e o facto de não terem existido deslocações físicas aos contextos (devido à pandemia) não permitiram realizar essa apreciação.

Apesar das adversidades descritas, os resultados da intervenção comunitária foram satisfatórios. Face à superação dos indicadores definidos para apreciar a consecução do projeto considera-se que os objetivos foram alcançados com sucesso. Relativamente à continuidade do projeto, após analisados os efeitos positivos da intervenção na população-alvo, a equipa da USP optou por transladar as sessões para as 35 ERPI que ficaram excluídas da amostra de contextos de intervenção. Assim, o conhecimento espelhado nas sessões de EpS – tão essencial à prevenção da COVID-19 e outras IACS – poderá ser divulgado por outros profissionais de saúde.

Uma vez que o estudante laborou cerca de 12 meses em serviços dedicados a utentes positivos para COVID-19, em contexto de internamento e domiciliário, o mesmo considera que ter trabalhado esta temática foi fundamental para fortalecer os seus conhecimentos sobre a doença e sua prevenção. Atendendo à pluralidade de atividades desenvolvidas ao longo do estágio e às diferentes personalidades que se cruzaram com o estudante neste percurso, o mesmo considera que foram também desenvolvidas competências avançadas de comunicação e trabalho em equipa. O caminho percorrido ao longo do curso de mestrado providenciou o desenvolvimento de novos conhecimentos nas valências que compõem a enfermagem comunitária e saúde pública enquanto área humana e científica. O estágio final possibilitou o contacto direto com o quotidiano real dos EEEC e, assim, o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e EEEC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7ª edição). APA. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Barros, F. F. (2020). *Perceção de envelhecimento pelos idosos e atividade física*. [Tese de Mestrado, Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/26862>
- Borras-Bermejo, B., Martínez-Gómez, X., Miguel, M. G. S., Esperalba, J., Antón, A., Martín E., Selvi, M., Abadías, M. J., Román, A., Pumarola, T., Campins, M. & Almirante, B. (2020). Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 26 (9), 2281-2282
- Bui, D. P., See, I., Hesse, E. M., Varela, K., Harvey, R. R., August, E. M., Winquist, A., Mullins, S., McBee, S., Thomasson, E., Atkins, A. (2020). Association Between CMS Quality Ratings and COVID-19 Outbreaks in Nursing Homes. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 69 (37), 1300-1304
- Coelho, S. R. M. P. (2018). *As redes sociais pessoais de idosos institucionalizados em ERPI* [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/18749>
- Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 (2020). Presidência da República. *Diário da República*, I série (n.º 55 de 18-03-2020), 13-(2)-13-(4). <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/130399862/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. 2020. *Perguntas frequentes*. <http://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>
- Ferreira, J. C., Patino, C. M. (2016). Randomização: mais do que o lançamento de uma moeda. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42 (5), 310
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação – da conceção à realização*. (5ª edição). Lusodidacta. <https://www.wook.pt/livro/o-processo-de-investigacao-marie-fabienne-fortin/101570>

- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Escola Nacional de Saúde Pública
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios* (Edição 2011). Instituto Nacional de Estatística
- Internacional Council of Nursing (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE ®: Versão 2019-2020*. Artmed.
- Joanna Briggs Institute. (2019). *JBI manual for evidence synthesis*. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/JBI+Manual+for+Evidence+Synthesis>
- Kittang, B. R., Hofacker, S., Solheim, S. P., Krüger, K., Løland, K. K. & Jansen, K. (2020). Outbreak of COVID-19 at three nursing homes in Bergen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 140 (11), 1-9
- Lima, F. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço Para a Saúde*, 15 (3), 22-29
- Lourenço, S. M. A. (2017). *Vivência e qualidade de vida de idosos institucionalizados: um estudo qualitativo exploratório*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33319>
- Martins, S. S. (2017). *Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/3426>
- Mesquita, F. B. M., Filho, P. C. M., Lessa, R. T., Fonseca, L. A. N. S., Vidal, D. M., Souza, D. J. M., Ferreira, T. B., Silva, V. L., Batista, G. B. & Mendes, N. B. E. S. (2020). Impactos da COVID-19 sobre os profissionais de saúde no contexto pandêmico: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12 (10), 1-11
- Mota, D. F. A. (2017). *Adesão dos profissionais de saúde ao “feixe de intervenção” de prevenção de infeção de local cirúrgico*. [Projeto de Graduação, Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/10284/6294>
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. (8<sup>th</sup> edition). Pearson Education. <https://www.pearson.com/store/p/health-promotion-in-nursing-practice/P100000868821>

- Neiva, T. S., Vianna, L. G. & Moraes, C. F. (2015). Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quartenária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6 (2), 1418-1427
- Nobre, C. G. (2018). *“A minha nova casa”: percepções e vivências de idosos sobre o processo de institucionalização* [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/83496>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *OMS lança novo plano de resposta à covid-19*. <https://news.un.org/pt/story/2021/02/1741982>
- Orientação n.º 002/2021 (2021). Campanha de vacinação contra a COVID-19. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022021-de-30012021.aspx>
- Orientação n.º 007/2020 (2020). Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Orientação n.º 009A/2020 (2020). COVID-19: Fase de mitigação procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas. Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>
- Orientação n.º 029/2012 (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Orientação n.º 03/2020 (2020). Prevenção e controlo de infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Direção-Geral da Saúde. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Orientac%CC%A7a%CC%83o-003-1.pdf>
- Patrício, D. (2017). *Controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde: intervenções e estratégias para apoiar a mudança de comportamento*. [Tese de Mestrado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/37847>

- Pereira, M. C. S. F. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24199>
- Plano Nacional de Preparação e Resposta à doença por coronavírus (Covid-19). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). Direção-Geral da Saúde. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II série (n.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Resolução da Assembleia da República n.º 78/2020 (2020). Assembleia da República. *Diário da República*, I série (n.º 195 de 7-10-2020), 2-162. <https://dre.pt/application/conteudo/144730225>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10 (4), 125-133
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. (1ª edição). Lisbon Internacional Press. <https://www.lisboninternationalpress.com/livraria/a-saude-planeada-metodologia-colaborativa-com-a-comunidade>
- Rodriguez, K. A. S. (2019). *Estruturas residenciais para Idosos: relação entre a satisfação no serviço e eficiência de operação* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/21050>

- Santos, J. M. F. (2017). *O enfermeiro como promotor da qualidade e segurança nos cuidados – gestão do erro*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/3068>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2020). *COVID-19 – colocação e remoção do equipamento de proteção individual*. Acessível em: <https://www.sesaram.pt/portal/component/allvideoshare/video/covid-19-colocacao-e-remocao-do-equipamento-de-protecao-individual?start=80>
- Siu, H. Y., Kristof, L., Elston, D., Hafid, A. & Mather, F. (2020). A cross-sectional survey assessing the preparedness of the long-term care sector to respond to the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *BMC Geriatrics*, 20 (421), 1-9
- Stall, N. M., Jones, A., Brown, K. A., Rochon, P. A., Costa, A. P. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *Canadian Medical Association Journal*, 192 (33), 946-955
- Tavares, A. M. B. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=78417&q=an:74895>
- Thompson, D., Barbu, M., Beiu, C., Popa, L. G., Mihai, M. M. & Popescu, M. N. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *BioMed Research International*, 2020, 1-7

# **ANEXOS**

**ANEXO I – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO: RESPOSTAS SOCIAIS  
RESIDENCIAIS**

## Informações Gerais

Instituição:

Equipamento:

Resposta Social:

Distrito:

Concelho:

Morada:

Telefone/Telemóvel

Email

Data

Técnico (s) de

Acompanhamento

Nº Total Utentes

(a frequentar a RS)

Recursos Humanos

(número de colaboradores em cada uma das categorias profissionais)

## I) Orientações Preventivas

### MEDIDAS GENÉRICAS

1.	Dispõe de Plano de Contingência atualizado de acordo com as orientações e normas definidas para o efeito.	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES	NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
	<ul style="list-style-type: none"><li><a href="#">Orientação nº 006/2020</a></li><li><a href="#">Norma nº 004/2020</a></li></ul>		
2.	Garante que o plano de contingência da instituição está ativado, implementado e que os colaboradores conhecem as medidas e procedimentos previstos no mesmo.	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES	NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
	<ul style="list-style-type: none"><li><a href="#">Orientação nº 006/2020</a></li><li><a href="#">Norma nº 004/2020</a></li></ul>		
3.	Mantem atualizado o contacto da autoridade de saúde territorialmente competente e do diretor técnico da instituição.	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES			
4.	Tem informação sistematizada sobre os colaboradores afetos ao estabelecimento ou serviço (ex. moradas, telefones para contacto, dependentes, meios de transporte, entre outros).	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES			
5.	Dispõe da identificação dos colaboradores com necessidades de saúde especiais (doenças crónicas, gravidez).	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES	A VERIFICAR:		
	<ul style="list-style-type: none"><li>Existência de declaração médica que reconheça a sua situação clínica e a necessidade de especial proteção a que devem estar sujeitos</li></ul>		
6.	Identifica as atividades críticas dos estabelecimentos ou serviços, bem como o número mínimo de recursos humanos, necessários para assegurar o bom funcionamento dos mesmos	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES			
7.	Implementa um modelo de gestão de equipas que minimiza o contágio entre colaboradores e a disponibilidade de recursos humanos ( ex.: horários desfasados, equipas em rotatividade e separação de equipas)	SIM	NÃO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES			

8.	É garantindo o número de colaboradores necessários e adequado para a prestação de serviço inerente à resposta social no contexto COVID-19, designadamente dispõe de estratégias e procedimentos para lidar com as eventuais ausências dos colaboradores.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde - COVID-19</a> - MAREESS</li> <li>• <a href="#">ADAPTAR Social +</a></li> <li>• <a href="#">Portaria n.º 162/2020, de 30 de junho</a></li> <li>• <a href="#">Portaria nº 82 C/2020, de 31 de março</a></li> <li>• <a href="#">COVID 19   PROTOCOLO DE ATUAÇÃO   REDE DE RETAGUARDA DE RECURSOS HUMANOS</a></li> <li>• <a href="#">Protocolo do MTSSS com a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) - Bolsa de Entidades Protocoladas</a></li> </ul>	
9.	Procede à recolha e sistematização de informação sobre os utentes e seus familiares (lista de contactos atualizados).	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES			
10.	Divulga a informação sobre as medidas de proteção individual e coletiva juntos utentes, colaboradores e familiares dos utentes.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
11.	Sensibiliza os colaboradores para a necessidade de se manterem em casa no caso de manifestarem sintomas de COVID-19, ou terem contactado diretamente com outra pessoa com COVID-19.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 019/2020</a></li> </ul>	
12.	Verifica o cumprimento das medidas de proteção individual e coletiva pelos colaboradores e utentes.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Adaptar os locais de trabalho / proteger os colaboradores</a></li> </ul>	
13.	Garante a existência de canais abertos de comunicação periódica entre a instituição e família/pessoa de referência, nomeadamente é garantida e incentivada a manutenção de contacto e comunicação periódica entre os utentes, os seus familiares e pessoas significativas (ex.: videochamada, telefone, WhatsApp, newsletter, postais elaborados pelos próprios utentes, etc, nas situações em que o contato pessoal/presencial não é possível	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 019/2020</a></li> </ul>	
14.	Conhece, estuda e aplica os procedimentos estabelecidos para o funcionamento das estruturas residenciais, no contexto COVID-19	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">orientação n.º 009/2020</a></li> <li>• <a href="#">Normas DGS</a></li> </ul>	

### MEDIDAS DE HIGIENE E SEGURANÇA

15.	Dispõe de um plano específico de limpeza diária e desinfeção de espaços, com indicação expressa de responsáveis, tempos e tipo de intervenção de acordo com as normas e taxas de utilização dos espaços	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

- [Orientação nº 014/2020](#)
- [Orientação n.º 009/2020](#)

16.	Implementa regras de arejamento regular dos espaços (aproveitar momentos em que os espaços não estão em utilização verificar a adequação dos equipamentos de ventilação e/ou refrigeração).	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a></li> <li>• <a href="#">Sistemas de ventilação e ar condicionado</a></li> </ul>	
17.	Garante que existe uma higienização mais frequente e eficaz dos objetos de maior contacto (ex. puxadores, torneiras, superfícies de trabalho, telefones).	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a></li> <li>• <a href="#">Orientação nº 014/2020</a></li> </ul>	
18.	Define e implementa rotinas de lavagem das mãos dos residentes e dos colaboradores.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Medidas Gerais de Higiene e Segurança</a></li> </ul>	
19.	Define e implementa rotinas de lavagem das fardas dos colaboradores na instituição.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 008/2020</a></li> <li>• <a href="#">Orientação nº 019/2020</a></li> </ul>	
20.	Implementa e assegura a utilização do EPI e a higienização das mãos com solução alcoólica por parte das pessoas externas (fornecedores e visitantes formais) que necessitem aceder ao estabelecimento	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Norma nº 007/2020</a></li> <li>• <a href="#">Orientação nº 019/2020</a></li> <li>• <a href="#">ADAPTAR Social + COVID 19   PROTOCOLO DE ATUAÇÃO   REDE DE RETAGUARDA DE EPI</a></li> </ul>	
21.	Assegura que os colaboradores encarregados de realizar a mudança da roupa da capa, o façam equipados com bata, luvas, máscara e óculos de proteção	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Norma nº 007/2020</a></li> <li>• <a href="#">Orientação nº 008/2020</a></li> <li>• <a href="#">Orientação nº 019/2020</a></li> </ul>	

### MEDIDAS DIRIGIDAS AOS UTENTES

22.	Assegura que as camas, quando possível, os cadeirões, cadeiras ou locais onde os utentes se encontram estão a uma distância de, pelo menos, 1,5 a 2 metros.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a></li> </ul>	
23.	Assegura que a utilização de espaços comuns foi reduzida ou é utilizada por turnos, por forma a permitir manter a distância de, pelo menos, 1,5 a 2 metros entre os utentes.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a></li> </ul>	
24.	Implementa medidas com o objetivo de diminuir a disseminação da infeção, assegurando o cumprimento de todas as medidas de proteção individual dos colaboradores e dos utentes, em particular nos momentos em que é requerido o contato próximo entre os mesmos (ex.: refeições por turnos, nova disposição das salas de convívio).	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
25.	Implementa a vigilância diária de sinais e sintomas compatíveis com infecção COVID.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 006/2020</a>		
26.	Assegura que as atividades coletivas que não permitam assegurar o distanciamento social, estão suspensas.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
27.	Caso a instituição esteja organizada por unidades funcionais ou alas, verifica se a circulação de colaboradores e utentes foi reorganizada por forma minimizar contactos, designadamente quando existem espaços de utilização comum para todas as alas ou unidades funcionais.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
28.	Os colaboradores estão organizados por equipas, sem contacto entre si, com atendimento dedicado a grupos de utentes (exemplo: equipa de cuidadores por andar, por quartos, por utentes).	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
29.	Caso se verifique admissão de novos utentes, é assegurado o isolamento profilático durante 14 dias, com monitorização regular de sintomas.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
30.	Estão instituídos os procedimentos para isolamento, de qualquer utente com sintomas (febre, tosse, falta de ar) e contactar de imediato a Linha SNS 24 e seguir as orientações	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Norma 004/2020</a>		
		• <a href="#">Orientação n.º 006/2020</a>		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		

### MEDIDAS DIRIGIDAS AOS COLABORADORES

31.	É assegurada a medição da temperatura antes do início e no final de cada jornada de trabalho.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Medidas de prevenção extraordinárias nos locais de trabalho</a>		
32.	Estão instituídos os procedimentos de lavagem, correta e frequente, das mãos e de etiqueta respiratória.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Medidas Gerais de Higiene e Segurança</a>		
33.	Estão instituídos, e são do conhecimento dos colaboradores, os procedimentos, a utilizar na eventualidade de surgirem, nos mesmos, sintomas indicativos de infeção COVID, designadamente a obrigatoriedade de isolamento e contacto imediato para a Linha SNS 24.	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		• <a href="#">Orientação n.º 006/2020</a>		
		• <a href="#">Orientação n.º 009/2020</a>		
34.	Está assegurada a existência de instruções escritas sobre os cuidados específicos a prestar aos utentes, no caso de os colaboradores habituais se encontrarem ausentes, sendo necessária à sua substituição por outros. (criação de Ficha de Utente)	SIM	NÃO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		

## II) Procedimentos a garantir perante um caso suspeito

### PROCEDIMENTOS A GARANTIR PELOS COLABORADORES

35.	Estão definidos os procedimentos a adotar perante um ou mais casos suspeitos de infeção COVID.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
	31.1. Coloca uma máscara cirúrgica e luvas a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31.2. Fornece ou coloca uma máscara cirúrgica ao caso suspeito, caso este não tenha autonomia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31.3. Isola o(s) caso(s) suspeito(s) num local onde seja restringido o contacto com outros utentes, mantendo condições de conforto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31.4. Contacta de imediato a Linha SNS 24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31.5. Avisa a direção técnica do estabelecimento de apoio social e a autoridade de saúde local, consoante as orientações dos profissionais da Linha SNS 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31.6. Contacta a pessoa referenciada na lista de contactos do utente/ colaborador informando da situação de suspeita e das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Orientação nº 009/2020](#)
- [Orientação nº 006/2020](#)
- [Informação nº 11/2020](#)

### PROCEDIMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

36.	Estão definidos os procedimentos a adotar perante casos suspeitos de infeção COVID	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
	33.1. Os locais e objetos utilizados pelo o utente e/ou colaborador sobre os quais se suspeite de infeção COVID, são higienizados e desinfetados com produto adequado e várias vezes ao dia (exemplo: quarto, casa de banho, refeitório, mesas, corrimãos, botões de elevador, maçanetas das portas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33.2. O equipamento de proteção individual (EPI) a utilizar por cada profissional do estabelecimento de apoio social e utentes é o definido pela Autoridade de Saúde de acordo com as Orientações e Normas da Direção-Geral da Saúde, em função de cada caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Norma nº 007/2020](#)
- [Orientação nº 014/2020](#)
- [Orientação nº 019/2020](#)

37.	Existem circuitos definidos para a circulação dos casos suspeitos que ocorram nos residentes ou nos colaboradores e o espaço para o isolamento dos mesmos, assim como o equipamento de proteção individual para o doente e o acompanhante.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Orientação nº 006/2020](#)
- [Orientação nº 009/2020](#)

38.	Está definido um local para isolamento de casos suspeitos de contaminação com o COVID-19, de acordo com as características definidas pela DGS, sendo garantida a possibilidade da continuidade dos cuidados, designadamente de saúde, alimentação e todos os demais requerido para a segurança e conforto da pessoa, enquanto aguarda o encaminhamento adequado.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Orientação nº 006/2020](#)
- [Orientação nº 009/2020](#)

39.	Estão previstas “zonas de isolamento” mais alargadas (ex. pisos, alas) na eventualidade de se verificarem múltiplos casos de utentes contaminados com o vírus da COVID-19.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Orientação nº 009/2020](#)

40.	O utente é esclarecido quanto à circunstância que conduz ao isolamento e às demais atuação requeridas atendendo o contexto.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

41.	A pessoa com suspeita de infeção é acompanhada por colaborador designado para o efeito, protegido com equipamentos de proteção individual.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> <li>• <a href="#">Protocolo Atuação EPI</a></li> </ul>	

### III) Procedimentos a garantir na existência de casos positivos de infeção COVID-19

42.	Segue as instruções definidas pelos profissionais de saúde.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> <li>• <a href="#">Informação nº 11/2020</a></li> </ul>	

43.	Cumpra com os mesmos procedimentos definidos para a atuação perante um caso suspeito.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

44.	Ativa a zona de isolamento (ex. pisos, alas), caso se justifique.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> </ul>	

45.	Identifica e regista os contactos directos entre a pessoa infetada e os restantes utentes e colaboradores (procedimento para identificação de potenciais cadeias de transmissão).	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> </ul>	

46.	Após a avaliação de risco pela Autoridade de Saúde, articulada em reunião com o diretor técnico da instituição, a Câmara Municipal e a Segurança Social Distrital, caso se verifique a impossibilidade de distanciamento de 1 a 2 metros entre utentes/residentes e/ou menos de 1 a 1,5 metros, entre camas no mesmo quarto, é ponderada a hipótese de deslocar os utentes para outras instalações.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Despacho 4097-B/2020, de 2 de abril, na redação atual</a></li> </ul>	

47.	Garante o reforço do número de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) existentes no estabelecimento e a formação para a respetiva utilização.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

48.	Fornece informação aos familiares sobre a evolução de situação na instituição e esclarece eventuais dúvidas.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">ADAPTAR Social+</a></li> </ul>	

49.	Assegura o cumprimento das recomendações para visitas de familiares/amigos e voluntários,	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

50.	Sem prejuízo do ponto anterior, a instituição incentiva e garante os meios para que os utentes possam comunicar com os familiares e amigos através de vídeo chamada ou telefone.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Informação nº 11/2020</a></li> </ul>	

51.	Prevê a obrigatoriedade de apresentação de documento médico que ateste a condição de saúde de um colaborador, quando do seu regresso ao serviço após recuperação de doença por COVID 19.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES	

<b>52.</b>	Está definido um circuito para separação de resíduos do doente com COVID.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

#### IV) Procedimentos para a operacionalização das visitas aos utentes

<b>53.</b>	Tem de um plano de operacionalização das visitas na instituição e identificação de um profissional responsável pelo processo.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)
- [Orientação nº 009/2020](#)

<b>54.</b>	Comunica aos utentes, aos familiares e a outros visitantes as condições nas quais as visitas decorrem	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>55.</b>	Define a forma de agendamento prévio das visitas, de modo a garantir a utilização adequada do espaço que lhe está alocado, a respetiva higienização entre visitas e a manutenção do distanciamento físico apropriado.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>56.</b>	Existe um registo de visitantes, por data, hora, nome, contacto e residente visitado.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>57.</b>	Informa os visitantes das regras de distanciamento físico face aos utentes, a etiqueta respiratória e a higienização das mãos e a utilização de máscara, durante todo o período de permanência na instituição.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>58.</b>	No momento da visita, os profissionais relembram os familiares e outros visitantes sobre comportamentos a adotar na visita de forma a reduzir os riscos inerentes à situação.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

<b>59.</b>	A visita decorre em espaço próprio, amplo e com condições de arejamento não devendo ser realizadas visitas na sala de convívio dos utentes ou no próprio quarto, exceto nos casos em que o utente se encontra acamado (nos casos de quartos partilhados terão de ser criadas condições de separação física).	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>60.</b>	Garante a disponibilização aos visitantes, de produtos para higienização das mãos, antes e após o período de visitas.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>61.</b>	Existem corredores e portas de circulação apenas para as visitas, diferentes dos de utentes e profissionais.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMENDAÇÕES

NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES

- [Informação nº 11/2020](#)

<b>62.</b>	É respeitado um número máximo de visitas por dia e por utente, sendo, numa primeira fase, de um visitante por utente, uma vez por semana.	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Este limite pode ser ajustado mediante as condições da instituição e a situação epidemiológica local, em articulação com a autoridade de Saúde local e segundo a avaliação de risco).

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Informação nº 11/2020</a></li> </ul>		
<b>63.</b>	<b>Informa os visitantes de que não devem levar objetos pessoais, géneros alimentares ou outros produtos.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Informação nº 11/2020</a></li> </ul>		
<b>64.</b>	<b>Os visitantes não circulam pela instituição nem utilizam as instalações sanitárias dos utentes (se não for possível, deve ser definida uma instalação sanitária de utilização exclusiva pelos visitantes durante o período de visitas que deve ser higienizada, entre visitas e antes de voltar a ser utilizada pelos utentes).</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Informação nº 11/2020</a></li> </ul>		

NOTA: Mediante avaliação da situação epidemiológica específica (local ou da instituição), poderá ser determinado, pela autoridade de saúde local, em articulação com a instituição a suspensão de visitas por tempo limitado.

## V) Procedimentos para operacionalização das admissões e reentradas

<b>65.</b>	<b>Implementa as medidas definidas pela DGS, para admissão de novos utentes, nomeadamente, teste laboratorial negativo, avaliação clínica do risco e período de isolamento não inferior a 14 dias..</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> </ul>		
<b>66.</b>	<b>Existência de um plano de operacionalização das integrações (planeadas ou urgentes) e das reentradas (fugas ou visitas à família ou outras saídas) na instituição e identificação de um profissional responsável pelo processo.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> <li><a href="#">Plano de Exceção Casas de Acolhimento</a></li> </ul>		
<b>67.</b>	<b>Garante a articulação com as devidas entidades no âmbito das integrações e das reentradas.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Plano de Exceção Casas de Acolhimento</a></li> </ul>		
<b>68.</b>	<b>Define a forma de agendamento prévio das saídas (visitas à família ou outras saídas), de modo a garantir que o regresso à resposta se faça em segurança para os utentes e colaboradores.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Plano de Exceção Casas de Acolhimento</a></li> </ul>		
<b>69.</b>	<b>Dispõe de meios de comunicação com os utentes, os familiares e os outros visitantes sobre as condições nas quais as integrações e reentradas decorrem.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES		NORMATIVOS E ORIENTAÇÕES		
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Orientação nº 009/2020</a></li> </ul>		
<b>70.</b>	<b>Assegura que é realizado a admissão de novos utentes com o envolvimento do menor número de pessoas, devidamente equipadas e assegurando o adequado distanciamento social e higienização.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Plano de Exceção Casas de Acolhimento

*NOTA: Mediante avaliação da situação epidemiológica específica (local ou da instituição), poderá ser determinado, pela autoridade de saúde local, em articulação com a instituição a suspensão de saídas planeadas (visitas à família ou outras saídas) por tempo limitado.*

## SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM CRONOGRAMA

### PROPOSTA DE CALENDARIZAÇÃO DAS PRÓXIMAS VISITAS

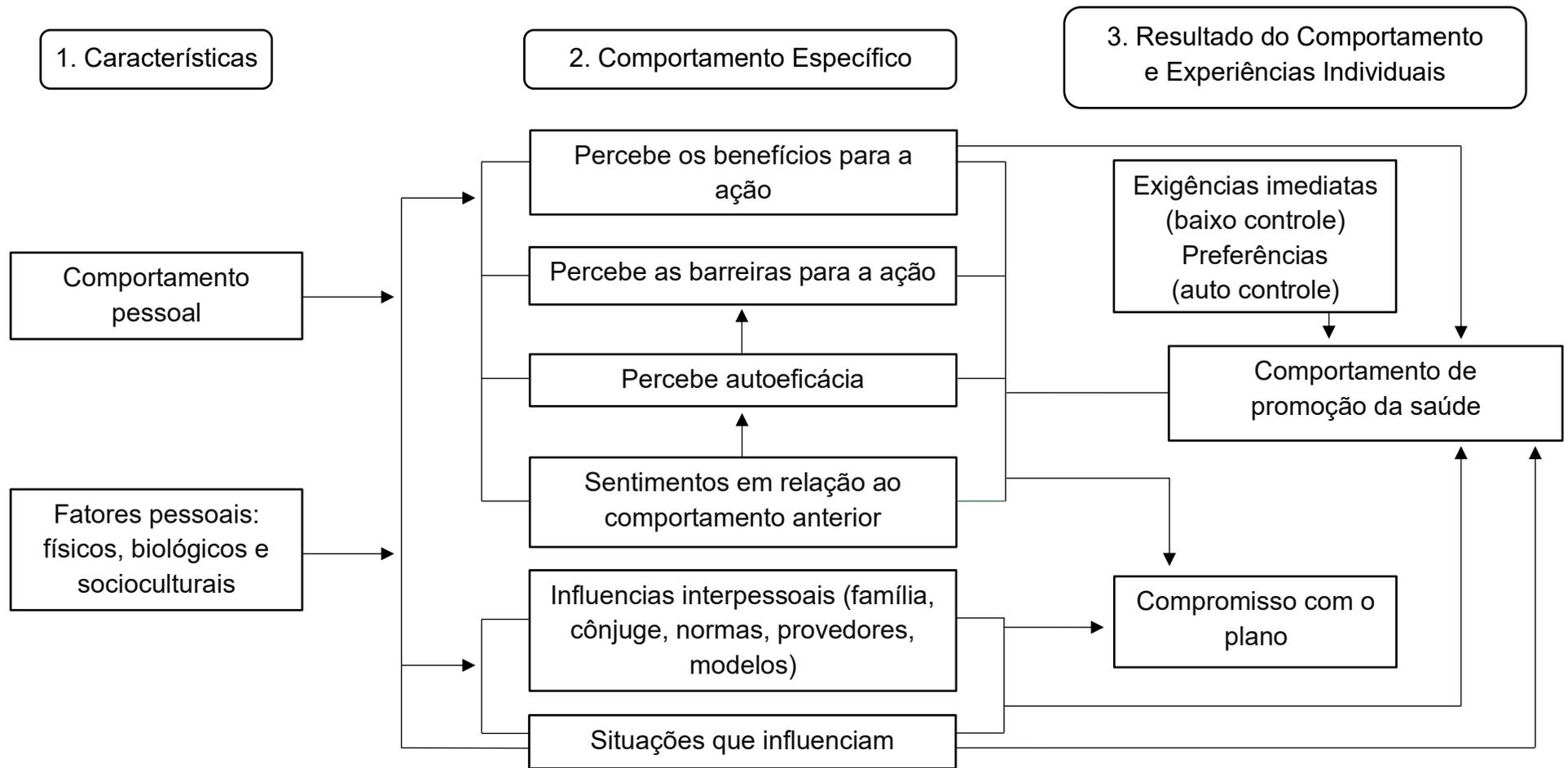
*(Tendo sido indicadas até 10 recomendações, a visita deverá repetir-se no prazo de 1 mês para reapreciação. Tendo sido indicadas mais do que 10 recomendações, a visita deverá repetir-se no prazo de 15 dias. Ocorrendo situações em que as recomendações efetuadas reportem a aspetos considerados críticos, a visita deverá repetir-se em prazo a estipular casuisticamente.)*

### ASSINATURAS

<b>P'la Segurança Social (Designação da entidade e assinatura)</b>	<b>Técnicos que realizaram o acompanhamento</b> P'la Saúde (Designação da entidade e assinatura)	P'la CMPC (Designação da entidade e assinatura)
_____	_____	_____
	<b>Responsável da Instituição (Designação da entidade e assinatura)</b>	
	_____	

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

**ANEXO II – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA  
PENDER**



Nota: Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice* (2019)

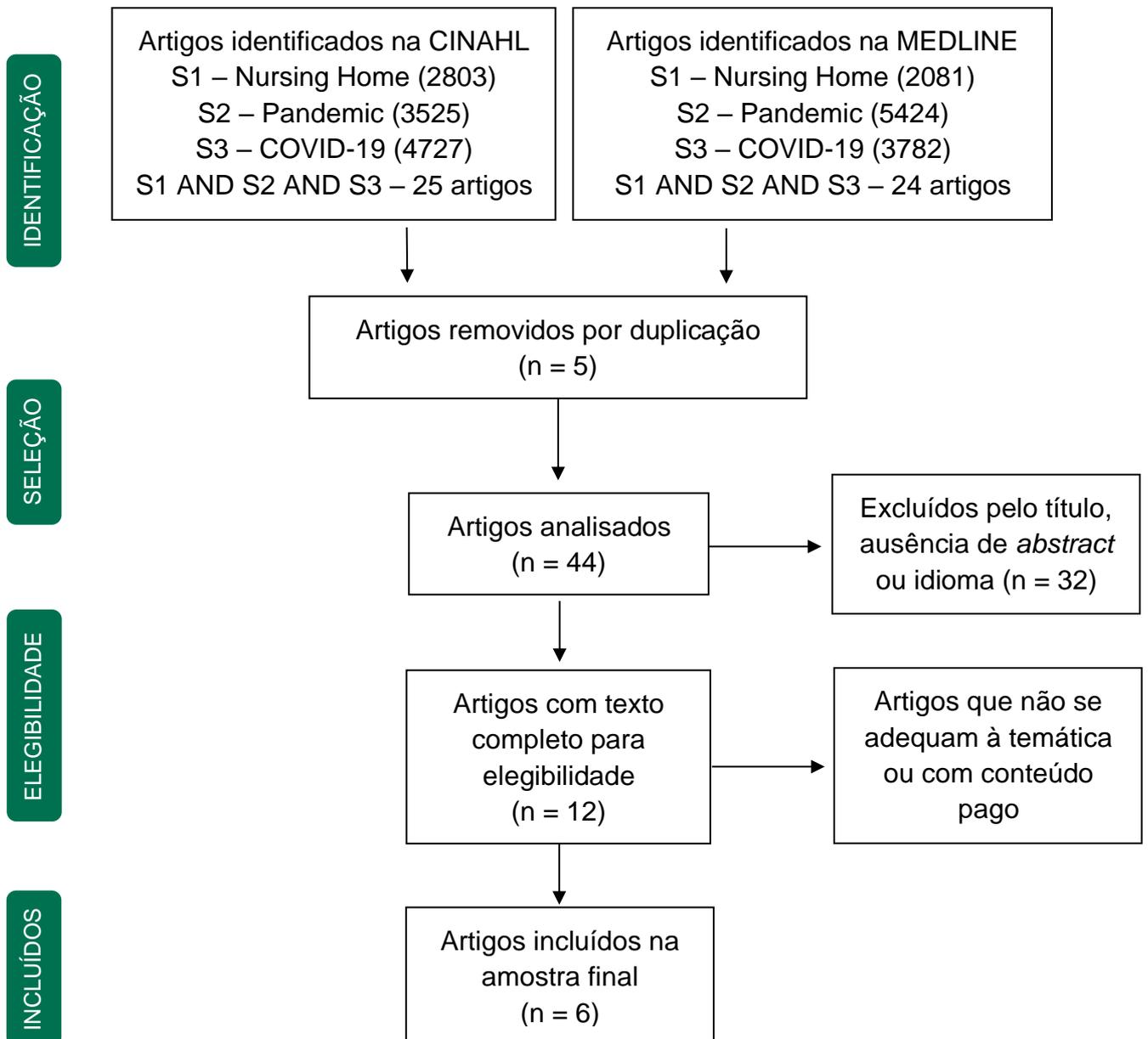
## **ANEXO III – MÉTODO DE HANLON**

## MÉTODO DE HANLON

A) Amplitude do problema	B) Gravidade do problema	C) Eficácia da solução	D) Exequibilidade												
<p>Amplitude do problema corresponde ao nº de pessoas afetadas. Pode definir-se por escala.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">População</th> <th style="text-align: left;">Peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&gt;10.000</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>&gt; 5.000</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>&gt; 1.000</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>&gt; 500</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>&gt; 100</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	População	Peso	>10.000	10	> 5.000	8	> 1.000	6	> 500	4	> 100	2	<p>A Gravidade do problema pode ser analisada em termos de: Mortalidade, Morbilidade, Causa de incapacidades, Custos, etc.</p> <p>Cada fator em análise é ponderado na mesma escala, elaborando-se a média obtida.</p> <p>A escala é ascendente (0 -10)</p>	<p>A Eficácia da solução é ponderada numa escala de [0,5 - 1 - 1,5] Sendo considerado: - 0,5: difícil solução - 1: média solução - 1,5: fácil solução</p> <p>Este produto pode alterar muito a formula <math>(A+B) \times C \times D</math></p>	<p>Este critério tem 5 componentes Sigla (PEARL): Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitabilidade, Recursos disponíveis, Legalidade.</p> <p>É avaliado por ponderação: Sim = 1 Não = 0</p> <p>Se o fator D = 0 o problema é eliminado de acordo com a fórmula <math>(A+B) C \times D</math></p>
População	Peso														
>10.000	10														
> 5.000	8														
> 1.000	6														
> 500	4														
> 100	2														

# APÊNDICES

## **APÊNDICE I – PRISMA FLOW DIAGRAM**



## **APÉNDICE II – SCOPING REVIEW**

## Resumo

**Introdução:** No âmbito do estágio final do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, realizado na USP Francisco George, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de contribuir para a prevenção da disseminação da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Para conhecer melhor a realidade destas organizações em contexto pandémico e as suas dificuldades na adoção das medidas de controlo de infeção, procurou-se realizar uma pesquisa de informação sobre a temática nas bases de dados científicas.

**Objetivos:** Mapear a evidência científica existente nas bases de dados sobre a disseminação da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a adoção de medidas preventivas.

**Método de revisão:** Foi realizada uma *Scoping Review* com base nos princípios preconizados na Joanna Briggs *Institute*. A pesquisa foi feita via EBSCOhost *Integrated Search*, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Realizou-se uma análise dos artigos, extração das bases de dados e posterior síntese dos dados. Na pesquisa consideraram-se os artigos com resumo, texto completo disponível, escritos em português ou inglês, gratuitos e com menos de 2 anos. Os estudos selecionados foram realizados sob os métodos: quantitativo, comparativo, *coorte* e transversal.

**Discussão:** Durante a pesquisa realizada foram selecionados 6 artigos. Os estudos escolhidos representam a realidade da disseminação do SARS-CoV-2 nos lares de idosos em cidades europeias (ex.: Bergen), cidades internacionais (ex.: Ontário) e, em simultâneo, descrevem as estratégias a adotar para combater a infeção no seio organizacional. É transversal à informação descrita pelos autores que o vírus SARS-CoV-2 tem uma elevada capacidade de disseminação, principalmente quando se trata de um meio fechado e com grande densidade populacional. Na maioria dos lares representados nos artigos, registaram-se taxas de incidência de infeção superiores a 50%. A sua disseminação é tão rápida e expansiva que se chegou a registar, num lar em Barcelona, uma taxa de infeção para COVID-19 de 81,6%. Os sintomas mais relatados pelos autores são a febre e as infeções respiratórias. Estes alertam também para a imprescindibilidade de atentar às pessoas assintomáticas uma vez que, embora sem manifestações, também podem transmitir a doença. Em alguns artigos registaram-se taxas de utentes positivos assintomáticos muito elevadas (> 60%),

conduzindo os integrantes dos lares a uma falsa percepção de segurança e, conseqüentemente, à ocorrência de surtos. É unânime que as pessoas mais afetadas pela COVID-19 são as pessoas idosas (> 65 anos). As taxas de infecção em instituições dedicadas ao apoio a idosos (como os lares e os internamentos de longa duração) são significativamente superiores em relação às taxas registadas em organizações de outras naturezas. Sendo os lares os contextos mais suscetíveis à doença e sendo a sua população-alvo as pessoas idosas, torna-se evidente a necessidade de investir em medidas preventivas eficazes nestas instituições. As medidas preventivas mais descritas pelos autores foram: restrição das visitas externas; uso adequado de máscaras faciais e outros EPI; educação dos elementos das equipas sobre controlo de infecção; avaliação regular de sintomas dos utentes e profissionais; criação de normas internas para gestão de casos positivos e a comunicação eficaz entre os lares e os seus hospitais de referência para encaminhamento de utentes com sintomatologia grave. É também transversal nos artigos que o caminho da prevenção é o mais seguro para conter os vírus: não só o SARS-CoV-2, como também outras IACS com características semelhantes. Apostar no desenvolvimento de medidas de controlo de infecção junto dos profissionais é o veículo para garantir o bem-estar de todos os que circulam nos lares – desde os residentes aos colaboradores.

**Conclusão:** Em junho de 2020, etapa do percurso académico em que foi realizada a presente *Scoping Review*, a pandemia por COVID-19 era um acontecimento recente e que suscitava muitas dúvidas – quer à comunidade científica, quer à população em geral. A pouca informação disponível nos meios tradicionais tornava o desenvolvimento da temática bastante árduo e ambíguo, pelo que a realização deste exercício foi fundamental para dar início ao projeto de estágio. A *Scoping Review* permitiu não só mapear a literatura disponível sobre o tema até à data, como também aprofundar conhecimentos sobre a patologia e suas características, contextos de intervenção (ERPI), público-alvo (prestadores de cuidados) e estratégias a adotar com vista à prevenção de surtos por COVID-19 e outras IACS.

**Palavras-chave:** Pandemic; COVID-19; Nursing Home; Enfermagem Comunitária; Intervenção.

### Grelha de apreciação dos artigos selecionados

	Autores	Artigo	Ano	Objetivo do estudo	População e/ou contexto	Desenho do estudo	Principais Conclusões
A1	Blanca Borrás-Bermejo; Xavier Martínez-Gómez; María Gutierrez San Miguel; Juliana Esperalba; Andrés Antón; Elisabet Martin; Marta Selvi; María José Abadías; Antonio Román; Tomàs Pumarola; Magda Campins; Benito Almirante	Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020	2020	Realizar o mapa de casos positivos para COVID-19 assintomáticos nas ERPI da cidade de Barcelona	6714 utentes e funcionários de 69 lares	Estudo quantitativo	Obteve-se um total de 5860 amostras, 3214 residentes e 2655 funcionários. Registam-se 768 (23,9%) residentes e 403 (15,2%) funcionários positivos para SARS-CoV-2. A presença de febre e sintomas respiratórios durante os 14 dias anteriores foi registada em 2624 (81,6%) dos residentes e 1,772 funcionários (66,8%). Entre os testes positivos e para os quais se tinha informação sobre sintomas, 69,7% dos residentes e 55,8% dos funcionários eram assintomáticos.

A2	David P. Bui; Isaac See; Elisabeth M. Hesse; Kate Varela; Reid Harvey; Euna M. August; Andrea Winqvist; Samantha Mullins; Shannon McBee; Erica Thomasson; Amy Atkins.	Association Between CMS Quality Ratings and COVID-19 Outbreaks in Nursing Homes	2020	Comparar a prevalência de surtos nas ERPI com diferentes classificações de qualidade (CMS)	123 lares de West Virginia com classificação CMS	Estudo quantitativo e comparativo	Os lares de idosos com baixa classificação de estrelas estão associados a um maior risco de infecções associadas aos cuidados de saúde em comparação com os lares com classificações maiores. A ocorrência de surtos por COVID-19 em West Virginia em lares em lares de 1 estrela foi aproximadamente 7 vezes maior do que as instalações classificadas com 2 e 3 estrelas e 17 vezes maior do que lares avaliados entre 4 e 5 estrelas. Assim sendo, insurge a necessidade de implantar estratégias como restrições de visitantes, o uso de máscaras faciais, a educação dos elementos da equipa, triagem de sintomas, preparação e implantação de planos de surtos, etc. com vista a prevenir futuros surtos (principalmente nos lares com menor classificação).
A3	Nathan M. Stall; Aaron Jones; Kevin A. Brown; Paula A. Rochon; Andrew P. Costa	For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths	2020	Comparar a incidência de surtos por COVID-19 em lares privados e públicos. Identificar as razões dos surtos.	75676 residentes de 623 lares	Estudo quantitativo Estudo coorte	O estudo incluiu todas as 623 ERPI de Ontário LTC, compreendendo 75676 residentes, 360 residências (57,7%) com fins lucrativos, 162 (26,0%) sem fins lucrativos e 101 (16,2%) eram residências públicas. 190 residências (30,5%) estavam com surto por COVID-19, envolvendo 5218 residentes e 1452 mortes (taxa de letalidade 27,8%). Os surtos por COVID-19 foram associados à incidência de COVID-19 na região onde se localizam as ERPI, ao elevado rácio de funcionários e utentes, às estruturas envelhecidas

							das ERPI e fracos apoios financeiros para a construção de infraestruturas adequadas ao controlo de infeção, sendo as residências públicas as mais afetadas.
A4	Henry Yu-Hin Siu; Lorand Kristof; Dawn Elston; Abe Hafid; Fred Mather.	A cross-sectional survey assessing the preparedness of the long-term care sector to respond to the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada	2020	Avaliar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre os internamentos de longa duração para enfrentar a COVID-19, através da aplicação de um questionário online	294 profissionais de saúde	Estudo transversal	Em Ontário, as ULD e os seus utentes são os mais afetados pela pandemia por COVID-19. Os resultados da aplicação do questionário revelam que a limitada comunicação entre as unidades de longa-duração e as autoridades de saúde e o fraco envolvimento dos gestores dos internamentos durante a fase de planeamento das medidas que poderão estar na base desses desastres. Um estudo mais aprofundado seria necessário para perceber as razões por detrás desta perceção por parte dos profissionais de saúde, o que poderia ser feito para melhorar a resposta das ULD na luta contra a infeção por COVID-19 nas suas comunidades.
A5	Bård Reiakvam Kittang; Sebastian Von Hofacker; Sabine Piepenstock; Solheim	Outbreak of COVID-19 at three nursing homes in Bergen	2020	Descrever os surtos por COVID-19 em 3 lares em Bergen e identificar os seus mecanismos	40 residentes de 3 lares em Bergen	Estudo observacional	Os 3 surtos descritos ilustram o potencial infeccioso do SARS-CoV-2 e o curso sério que o COVID-19 pode ter para residentes de asilos. A identificação precoce de residentes e funcionários com suspeita de infeção, implementação rápida de medidas aprimoradas de prevenção e controlo de infeção e rastreamento cuidadoso de contato são essenciais para prevenir e limitar novos surtos.

	Kjell Krüger; Karina Koller Løland; Kristian Jansen.			de disseminação			
A6	Dana-Claudia Thompson; Madalina- Gabriela Barbu; Cristina Beiu; Liliana Gabriela Popa; Mara Madalina Mihai; Mihai Berteanu; Marius Nicolae Popescu	The Impact of COVID- 19 Pandemic on Long- Term Care Facilities Worldwide: An Overview on Internation al Issues	2020	Apresentar os dados mais recentes sobre o COVID-19 disseminado em lares de idosos em todo o mundo, identificando as causas e possíveis soluções que limitariam os surto nesta categoria negligenciada da população.	4156 residentes em ERPI de 8 países diferentes (Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Inglaterra e País de Gales e Estados Unidos da América.	Estudo quantitativo Estudo coorte	A pandemia por covid-19 afeta mais as pessoas vulneráveis (pessoas com idade > 65 anos e com doença crónica) dos lares de idosos do que qualquer outra categoria populacional. Entre 19% e 72% das mortes relacionadas com a SARS-CoV-2 ocorrem nesse tipo de instalações. A falta de diretrizes padronizadas, discrepância entre o setor público e privado, bem como outras irregularidades, contribuem para o resultado referido. Espera-se que estes acontecimentos levem os governo de todo o mundo a tomar decisões políticas favoráveis às mudanças em relação às condições das instalações e à prevenção de novos surtos no futuro.

**APÊNDICE III – RESPOSTA AO PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO  
DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Exmo. Senhor

Dr. Rodrigo Saraiva

[rodrigosaraiva@campus.esel.pt](mailto:rodrigosaraiva@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7222/CES/2020

**Assunto: Intervenção de Enfermagem Comunitária: prevenir a disseminação da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 06.11.2020, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer de isenção parecer.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende que o presente projecto, cumpre critérios de isenção de apreciação.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
**LUIS PISCO**  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

**APÊNDICE IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COORDENAÇÃO DA  
USP FRANCISCO GEORGE**



Exma. Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da USP Francisco George,  
Dr.<sup>a</sup> [REDACTED]

Sou o Rodrigo Miguel Pereira Saraiva, Enfermeiro Generalista na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, n.º CC 14093287. Por desempenhar funções em contexto comunitário desde o 1º ano de profissão optei por me inscrever, em 2019, no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. O objetivo do ingresso foi, sobretudo, desenvolver mais e melhores competências nessa área de intervenção.

Encontrando-me neste momento em estágio na USP Francisco George, prestes a ingressar no último semestre do curso, foi-me proposta a realização de um projeto final de intervenção na comunidade. Pela sua relevância atual, adequação ao contexto de trabalho e de estágio surgiu, como área de interesse, a disseminação da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

O projeto intitulado de “Práticas seguras na prevenção da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” tem como Metodologia o Processo de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1993). O seu objetivo geral será contribuir para o conhecimento dos prestadores de cuidados para as práticas seguras na prevenção da COVID-19 na comunidade das ERPI. Pretende-se, numa fase inicial, analisar os relatórios realizados pelas equipas de intervenção (Enfermagem, Proteção Civil e Segurança Social) com o objetivo de identificar as áreas de compromisso nas ERPI e, assim, chegar ao diagnóstico de situação. Numa fase posterior realizar-se-á a priorização das necessidades formativas e desenvolver-se-á um plano de intervenção comunitária com foco na aquisição de conhecimentos dos prestadores de cuidados em uma ou mais vertentes do controlo de infeção. A orientadora do projeto é a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Laura Viegas, com o apoio da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista [REDACTED]

Neste sentido, solicito a sua autorização para ingressar no projeto *major* em desenvolvimento na USP Francisco George e para aceder aos relatórios realizados pelas equipas de intervenção aquando das visitas às ERPI. Espero poder, desta forma, dar o meu contributo enquanto estudante e futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Enf.º Rodrigo Saraiva – [rodrigossaraiva@campus.esel.pt](mailto:rodrigossaraiva@campus.esel.pt)

**APÊNDICE V – ESTRATÉGIA DE SELEÇÃO DAS ESTRUTURAS  
RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS ENQUANTO CONTEXTOS  
DE INTERVENÇÃO**

**ERPI**  
total: 47

Divididas em quatro tipologias

**Associações**  
total: 9

2,25 aprox. =

**Associações**  
total: 2

**Residências Sênior**  
total: 27

6,75 aprox. =

**Residências Sênior**  
total: 7

**Casas de Repouso**  
total: 8

2 = 2

**Casas de Repouso**  
total: 2

**Centros Paroquiais**  
total: 3

0,75 aprox. =

**Centros Paroquiais**  
total: 1

**Total: 12 ERPI**

(Escolhidas aleatoriamente dentro de cada tipologia)

25% de representatividade

**APÊNDICE VI – CÁLCULO DAS PERCENTAGENS DE  
PRESTADORES DE CUIDADOS SEM FORMAÇÃO  
NAS ÁREAS COMPROMETIDAS**

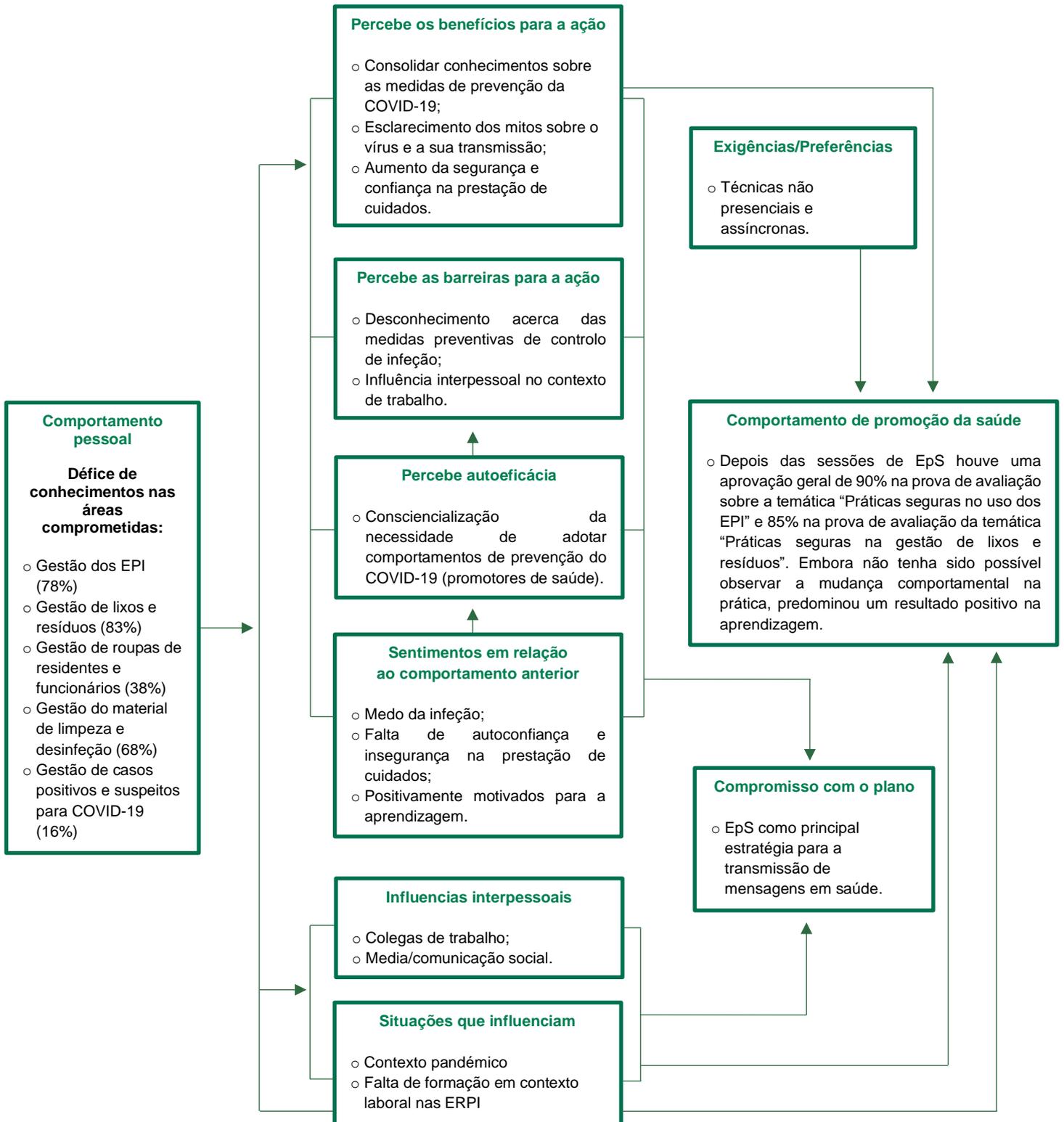
ÁREAS COMPROMETIDAS	FÓRMULA	CÁLCULO DE PERCENTAGENS
Gestão dos EPI	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de prestadores de cuidados sem formação na área}}{\text{N}^\circ \text{ total de prestadores de cuidados}} \times 100$	$\frac{59}{76} \times 100 = 77,63\% \approx 78\%$
Gestão dos lixos e resíduos		$\frac{63}{76} \times 100 = 82,89\% \approx 83\%$
Gestão de roupas de residentes e funcionários		$\frac{29}{76} \times 100 = 31,15\% \approx 31\%$
Gestão do material de limpeza e desinfecção		$\frac{52}{76} \times 100 = 68,42\% \approx 68\%$
Gestão dos casos positivos e suspeitos para COVID-19		$\frac{12}{76} \times 100 = 15,78\% \approx 16\%$

**APÊNDICE VII – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA  
PENDER ADAPTADO**

## 1. Características

## 2. Comportamento Específico

## 3. Resultado do Comportamento e Experiências Individuais



## **APÊNDICE VIII – CRONOGRAMA DE GANTT**



## **APÊNDICE IX – PLANO DE INTER-RELAÇÃO META-ATIVIDADE**

**Diagnósticos de enfermagem:**

- Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido na gestão dos lixos e resíduos em 83% dos prestadores de cuidados das ERPI;
- Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido na gestão dos EPI em 78% dos prestadores de cuidados das ERPI.

**Objetivo geral:**

- Contribuir para o conhecimento dos prestadores de cuidados sobre práticas seguras na prevenção da disseminação da COVID-19 na comunidade das ERPI, abrangidas pelo ACES Lisboa Norte, no período de dezembro de 2020 até abril de 2021.

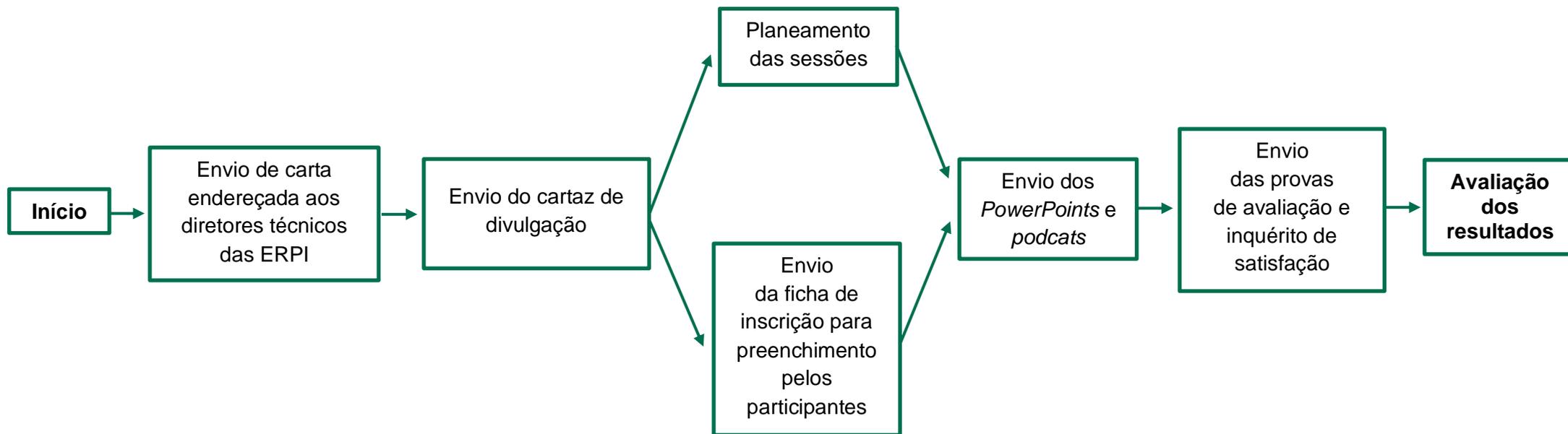
**Objetivos específicos:**

- Aumentar a aquisição dos conhecimentos dos prestadores de cuidados das ERPI do ACES Lisboa Norte sobre as práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual, através da Educação para a Saúde, até dia 16 de abril de 2021.
- Aumentar a aquisição dos conhecimentos dos prestadores de cuidados das ERPI do ACES Lisboa Norte sobre as práticas seguras na gestão de lixos e resíduos, através da Educação para a Saúde, até 16 de abril de 2021;

Metas	Atividades
Que pelo menos 80% das ERPI aceitem participar no projeto	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Enviar uma carta endereçada por correio eletrónico (e-mail) aos diretores técnicos a explicar os conteúdos do projeto e a solicitar a participação dos seus colaboradores;</li><li>○ Realizar o cartaz de divulgação do projeto e enviá-lo aos diretores técnicos por correio eletrónico (e-mail).</li></ul>
Que pelo menos 50% dos participantes assistam às sessões de EpS	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Realizar um plano de sessão para cada temática;</li><li>○ Realizar uma ficha de inscrição, transcrevê-la para a plataforma <i>Google Forms</i> e enviá-la por correio eletrónico (e-mail) para os prestadores de cuidados das ERPI;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar uma apresentação PowerPoint para cada temática;</li> <li>○ Realizar uma narração oral de conteúdos para cada temática (<i>podcasts</i>).</li> </ul>
Que pelo menos 50% das sessões de EpS sejam realizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantir que todos os prestadores de cuidados que se inscreveram têm acesso aos <i>PowerPoints</i>, <i>podcasts</i>, provas de avaliação e inquéritos de satisfação referentes às suas sessões de EpS até 16 de abril de 2021.</li> </ul>
Que pelo menos 60% dos participantes tenham entre 6 a 10 respostas corretas nas provas de conhecimentos das temáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar uma prova de avaliação sobre a temática “Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual”, transcrevê-la para a plataforma <i>Google Forms</i> e enviá-la para os participantes por correio eletrónico (e-mail);</li> <li>○ Realizar uma prova de avaliação sobre a temática “Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção”, transcrevê-la para a plataforma <i>Google Forms</i> e enviá-la para os participantes por correio eletrónico (e-mail);</li> </ul>
Que pelo menos 80% dos participantes demonstrem um nível de satisfação favorável (entre 4-5 segundo a escala de Likert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizar um inquérito de satisfação, transcrevê-lo para a plataforma <i>Google Forms</i> e enviá-lo para os participantes por correio eletrónico (e-mail).</li> </ul>

## **APÊNDICE X – REDE PERT/CPM**



**APÊNDICE XI – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE**

## PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual

**População-alvo:** Prestadores de cuidados das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

**Local e data:** Sessão assíncrona disponível até 16/04/2021

**Formador:** Enfermeiro Rodrigo Saraiva

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Material	
<p>Apresentação;</p> <p>Distinguir os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;</p> <p>Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus;</p>	<p>Objetivos da sessão;</p> <p>Enquadramento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diferença entre os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;</li><li>- Mecanismos de transmissão do vírus.</li></ul> <p>Conceito de EPI;</p>	<p>45 min</p>	<p>Expositivo (<i>PowerPoint</i>, áudio e vídeo)</p>	<p>Computador, <i>tablet</i> ou outro dispositivo com ecrã digital tátil</p> <p>Dispositivo para áudio</p>	<p>Aplicação da prova de avaliação de conhecimentos</p> <p>Aplicação do inquérito de satisfação</p>

<p>Reconhecer os diferentes tipos de EPI, para que servem e quando utilizá-los;</p> <p>Aprender a colocar e a remover corretamente os EPI com vista à prevenção da infeção por COVID-19.</p>	<p>Diferentes categorias de EPI;</p> <p>Diferentes tipos de EPI em cada categoria;</p> <p>Uso adequado dos EPI no doente e no profissional;</p> <p>Higienização correta das mãos;</p> <p>Colocação e remoção correta dos EPI;</p> <p>Síntese de conteúdos.</p>				
--	--	--	--	--	--

## PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção

**População-alvo:** Prestadores de cuidados das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

**Local e data:** Sessão assíncrona disponível até 16/04/2021

**Formador:** Enfermeiro Rodrigo Saraiva

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
Apresentação;  Distinguir os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;  Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus;  Reconhecer as diferentes classes de	Objetivos da sessão;  Enquadramento:  - Diferença entre os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;  - Mecanismos de transmissão do vírus.	45 min	Métodos  Expositivo ( <i>PowerPoint</i> , áudio e vídeo)	Material  Computador, <i>tablet</i> ou outro dispositivo com ecrã digital tátil  Dispositivo para áudio	Aplicação da prova de avaliação de conhecimentos  Aplicação do inquérito de satisfação

<p>lixos e resíduos segundo a classificação nacional de resíduos hospitalares;</p> <p>Saber fazer a correspondência entre resíduos hospitalares e tipo e acondicionamento;</p> <p>Saber triar e acondicionar corretamente os lixos para prevenir a infeção por COVID-19;</p> <p>Aprender as recomendações gerais para gerir o material contaminado proveniente dos cuidados ao doente com COVID-19.</p>	<p>Conceito de Resíduo Hospitalar;</p> <p>Classificação dos lixos e resíduos;</p> <p>Triagem e acondicionamento dos lixos e resíduos;</p> <p>Gerir o material potencialmente contaminado: recomendações</p> <p>Síntese de conteúdos.</p>				
---	--	--	--	--	--

**APÊNDICE XII – PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO  
“PRÁTICAS SEGURAS NA PREVENÇÃO DA COVID-19 NAS  
ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS” AOS  
DIRETORES TÉCNICOS DAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA  
PESSOAS IDOSAS**



Exmo.(ª) Sr.(ª) Diretor(a),

Sou o Rodrigo Saraiva, Enfermeiro na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Frequento atualmente o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, encontrando-me na última fase deste percurso. Estou a estagiar na USP Francisco George e, em simultâneo, a desenvolver o meu projeto final na área da prevenção da COVID-19 nas ERPI. O projeto que se intitula “Prevenir e Controlar a Disseminação da COVID-19: Uma Intervenção na Comunidade nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” tem como principal objetivo contribuir para a prevenção de surtos pandémicos através da educação das comunidades das ERPI.

Com foco no aumento de conhecimentos, o projeto visa fornecer ferramentas teórico-práticas aos colaboradores das organizações, com especial interesse nos prestadores de cuidados, em duas temáticas fundamentais à prevenção de surtos: **práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos e práticas seguras no uso de equipamentos de proteção individual**. As informações cedidas nas sessões de educação para a saúde terão por base as diretrizes da Direção Geral de Saúde e forçar-se-ão no aprofundamento de conceitos e desenvolvimento de competências nas áreas referidas.

Tendo em vista a realidade pandémica e as atuais dificuldades sentidas, as sessões serão não-presenciais e assíncronas. Utilizar-se-ão as ferramentas digitais (PowerPoint, áudio e vídeo) como recursos para transmissão de mensagens em saúde, permitindo que os participantes acedam à informação quando e onde quiserem. Após a visualização dos conteúdos serão disponibilizadas duas provas de avaliação muito simples para validar os conhecimentos adquiridos e um inquérito de satisfação que pretende reunir as opiniões dos participantes sobre a pertinência dos temas e a eficácia dos métodos utilizados. Para que o material seja disponibilizado, precisarei apenas que confirme a participação da ERPI no projeto através de uma resposta positiva a este e-mail e que partilhe a Ficha de Inscrição com os seus colaboradores (link no corpo do e-mail). Conto com a sua colaboração na divulgação deste projeto que evoca aprendizagens essenciais à promoção e manutenção do bem-estar dos funcionários, residentes e organizações como um todo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional por e-mail ou pelo contacto telefónico:

██████████  
Atenciosamente,

Enf.º Rodrigo Saraiva.

**APÊNDICE XIII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO  
“PRÁTICAS SEGURAS NA PREVENÇÃO DA COVID-19 NAS  
ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS”**

# PRÁTICAS SEGURAS NA PREVENÇÃO DA COVID-19 NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS

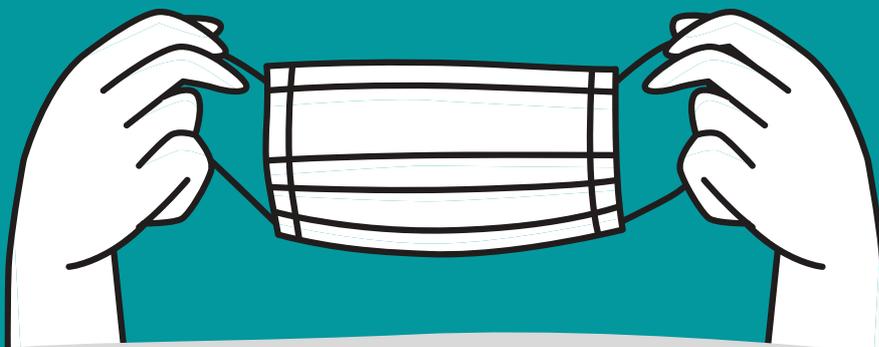
Projeto de intervenção na comunidade no âmbito do **11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

**Unidade Curricular:** Estágio com Relatório

**Professora Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Laura Viegas

**Orientadora Clínica:** Enf.<sup>a</sup> [REDACTED]

**Estudante/Formador:** Enf.<sup>o</sup> Rodrigo Saraiva



## SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

*Temas:*

**PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO  
DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA  
PREVENIR A INFEÇÃO**



MATERIAL INFORMATIVO  
em PowerPoint, vídeo e áudio!



**PRÁTICAS SEGURAS NO USO DOS  
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO  
INDIVIDUAL**



SESSÕES ASSÍNCRONAS  
para assistir quando e onde quiser!



**APÊNDICE XIV – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA AS SESSÕES DE  
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

## SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Ficha de Inscrição

*Selecione uma das seguintes opções:*

**1. Possui formação na área dos Equipamentos de Proteção Individual?**

Sim  Não

**2. Possui formação na área da gestão de lixos e resíduos?**

Sim  Não

**3. Pretende inscrever-se em que sessões?**

Apenas na sessão sobre EPI

Apenas na sessão sobre gestão de lixos e resíduos

Pretendo inscrever-me em ambas

**4. Indique, por favor, o e-mail de preferência o institucional para onde quer receber o material didático sobre o tema das sessões:**

---

*Nota: Ficha de inscrição disponível para preenchimento na plataforma Google Forms.*

**APÊNDICE XV – DIAPOSITIVOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE**

PRÁTICAS SEGURAS NO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área  
de Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Professora Orientadora: Prof.ª Laura Viegas  
Orientadora Clínica: Enf.ª [REDACTED]  
Formador: Enf.ª Rodrigo Saraiva

março, 2021



1

## SUMÁRIO

1. OBJETIVOS DA SESSÃO
  2. ENQUADRAMENTO
    - 2.1. SARS-COV-2 e COVID-19
    - 2.2. Mecanismos de transmissão
  3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)
    - 3.1. O que são os EPI?
    - 3.2. Categorias de EPI nos serviços de saúde
    - 3.3. Os diferentes tipos de EPI em cada categoria
  4. USO ADEQUADO DOS EPI
    - 4.1. No doente
    - 4.2. No profissional de saúde
  5. HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS
  6. COLOCAÇÃO E REMOÇÃO CORRETA DOS EPI
  7. SÍNTESE DE CONTEÚDOS
  8. BIBLIOGRAFIA
- 
- 2

## 1. OBJETIVOS DA SESSÃO

- 1) Distinguir os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;
  - 2) Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus;
  - 3) Reconhecer os diferentes tipos de EPI, para que servem e quando utilizá-los;
  - 4) Aprender a higienizar corretamente as mãos;
  - 5) Aprender a colocar e a remover corretamente os EPI com foco na prevenção da infeção.
- 
- 3

## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.1. SARS-COV-2 e COVID-19

#### SARS-COV-2

Novo coronavírus que foi detetado na China, no final de 2019, e que significa "síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2 (DGS, 2020)

#### COVID-19

Doença que é provocada pela infeção do coronavírus SARS-CoV-2 (DGS, 2020)



## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.2. Mecanismos de transmissão



Gotículas respiratórias



Contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas



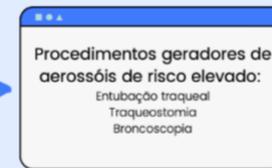
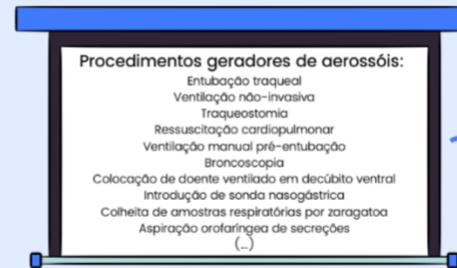
Via aérea, aquando de procedimentos geradores de aerossóis

DGS (2020)

5

## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.2. Mecanismos de transmissão



DGS (2020)

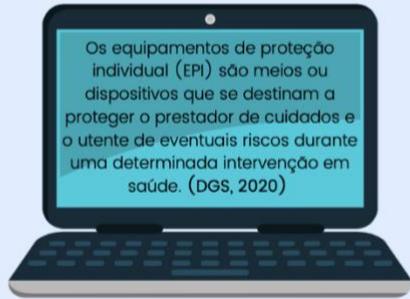
Como nos podemos defender?...

6

## 3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

... através do uso adequado dos EPI

### 3.1. O que são os EPI?



7

## 3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

### 3.2. Categorias de EPI nos serviços de saúde



Máscara



Bata



Touca



Luvas



Cobre botas



Óculos

DGS (2020)

8

### 3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

#### 3.3. Os diferentes tipos de EPI em cada categoria



**MÁSCARA CIRÚRGICA**

Deve ser usada na prestação de cuidados a doentes, fora da área de coorte COVID-19, desde que não sejam efetuados procedimentos geradores de aerossóis.



**RESPIRADOR FFP1**

Alternativa à máscara cirúrgica na prestação de cuidados diretos com doente a distância < 1 metro, fora de coorte ou quarto de isolamento COVID-19, desde que não sejam feitos procedimentos geradores de aerossóis.

DGS (2020)



**RESPIRADOR FFP2 ou N95**

Deve ser usado sempre que se efetuam procedimentos geradores de aerossóis. Recomendado, também, no interior de quarto ou coorte de isolamento COVID-19, para prestar cuidados diretos.



**RESPIRADOR FFP3**

Pode ser usado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado.

9

### 3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

#### 3.3. Os diferentes tipos de EPI em cada categoria



As toucas devem ser impermeáveis e descartáveis. Devem ser utilizadas durante os cuidados de higiene e procedimentos produtores de aerossóis para proteger o cabelo e couro cabeludo dos possíveis vírus em circulação.



As luvas devem ser limpas e ajustadas ao tamanho do utilizador (para evitar a entrada de vírus pelas fugas). Na prestação de cuidados a utentes COVID-19 positivo devem ser utilizados dois pares, sendo o segundo par de cano-alvo.



Na prestação de cuidados a utentes COVID-19 positivo as botas devem ser de cano-alto, cobrindo as pernas até ao joelho. Nas zonas limpas podem ser utilizados cobre-pés que, por sua vez, só protegem a superfície externa dos sapatos ou socas.



Os óculos servem para proteger os olhos da possível entrada de vírus durante a prestação de cuidados. Na prestação de cuidados a utentes COVID-19 devem ser utilizados óculos com atilho para evitar fugas. Nas zonas limpas podem ser utilizados óculos com haste.



DGS (2020)

### 3. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

#### 3.3. Os diferentes tipos de EPI em cada categoria



**BATA PERMEÁVEL**  
Ideal para prestação de cuidados em utentes em ala limpa/COVID-19 negativo.



**BATA IMPERMEÁVEL**  
Ideal para prestação de cuidados em utentes em ala contaminada/COVID-19 positivo, quando acompanhada dos EPI que cobrem as zonas expostas (ex.: touca e cobre-botas).



**ESCAFANDRO COMPLETO IMPERMEÁVEL**  
Ideal para prestação de cuidados em utentes em ala contaminada/COVID-19 positivo.



DGS (2020)

### 4. USO ADEQUADO DOS EPI

#### 4.1. No doente



Deve ser fornecida máscara cirúrgica a todos os utentes, com ou sem sintomas respiratórios ou febre.



A máscara deve ser usada permanentemente pelos utentes em todos os contactos que efetuem, se a sua situação clínica o permitir. Se a colocação for realizada pelo próprio, este deverá higienizar as mãos primeiro.

DGS (2020)

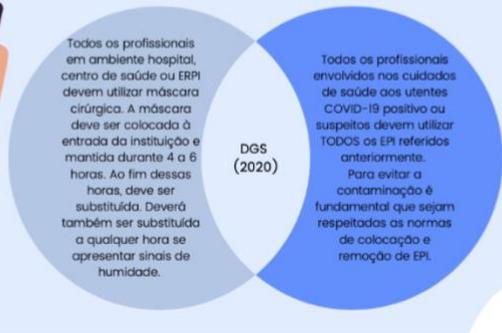
As máscaras cirúrgicas vão perdendo a sua eficácia com o tempo de utilização. Deverá ser fornecida uma máscara cirúrgica nova todos os dias aos utentes.

12

## 4. USO ADEQUADO DOS EPI

### 4.2. No profissional de saúde

Os EPI devem ser utilizados com base no risco de exposição (área onde o profissional trabalha e tipo de atividade) e a dinâmica de transmissão do vírus (por exemplo, se irá ou não ter contacto com gotículas por via aérea) (DGS, 2020).



13

## 5. HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS



Estregar o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa.



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



Enxaguar as mãos com água.



Secar as mãos com toalhete descartável.



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



Agora as suas mãos estão seguras.

DGS (2020)

15

## 5. HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS

Antes da colocação dos EPI é fundamental higienizarmos corretamente as nossas mãos.

O processo deverá decorrer entre 40 e 60 segundos segundo os seguintes passos:



Molhar as mãos com água.



Aplicar sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos.



Esfregar 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.

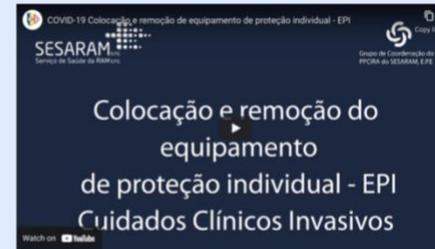


Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.

DGS (2020)

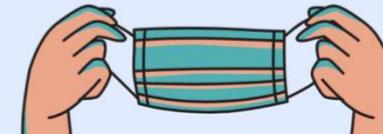
14

## 6. COLOCAÇÃO E REMOÇÃO CORRETA DOS EPI



SESARAM (2020)

SE NÃO CONSEGUIR ABRIR O VÍDEO, ACEDA ATRAVÉS DESTES LINKS:  
<https://covidmadeira.pt/informacao-profissional/covid-19-colocacao-e-remocao-de-equipamento-de-protecao-individual-epi/>



16

## 7. SÍNTESE DE CONTEÚDOS

A COVID-19 é a doença provocada pela SARS-CoV-2. O vírus pode ser transmitido por gotículas, contacto com secreções e/ou via aérea.

Os EPI destinam-se à proteção do prestador de cuidados e do utente. As categorias de EPI nos serviços de saúde são: máscara, bata, touca, luvas, cobre-botas e óculos.

Existem diferentes tipos de EPI dentro de cada categoria. A sua escolha deve ter por base o risco de exposição e os procedimentos a realizar.

Para evitar a disseminação da COVID-19 é fundamental que os EPI sejam utilizados pelo utente e pelo profissional, segundo as orientações da DGS.

É fundamental que saibamos colocar e retirar corretamente os EPI para evitar a auto-contaminação e, por consequência, a contaminação de terceiros (colegas e utentes).



17



## EM CASO DE DÚVIDA OU PARA MAIS INFORMAÇÕES

**NÃO HESITE EM CONTACTAR:**

E-mail

rodrigosaiva@campus.esel.pt

19

## 8. BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde. (2020). COVID-19: Fase de Mitigação Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de a. Direcção Geral Da Saúde, Julho, 1-16. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

<https://covidmadeira.pt/informacaoprofissional/covid-19-colocacao-e-remocao-de-equipamento-de-protecao-individual-epi/>

<https://www.dgs.pt/microsite-da-gripe/paginas-acessorias/ficheiros-externos/cartaz-3-lavagem-das-maos-pdf.aspx>

18

# PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFEÇÃO

Unidade Curricular: Estágio com Relatório



11º Curso de Mestrado em  
Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem  
Comunitária

**Professora Orientadora:**  
Prof.ª Laura Viegas  
**Orientadora Clínica:**  
Enf.ª [REDACTED]

**Formador:**  
Enf.ª Rodrigo Saraiva

março, 2021



1

## ÍNDICE

### 1. OBJETIVOS DA SESSÃO

### 2. ENQUADRAMENTO

2.1. SARS-COV-2 e COVID-19

2.2. Mecanismos de transmissão

### 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

3.1. Conceito de resíduo hospitalar

3.2. Classificação dos lixos e resíduos

3.3. Triagem e acondicionamento dos lixos e resíduos

### 4. A COVID-19 E OS LIXOS E RESÍDUOS INSTITUCIONAIS

4.1. Gerir o material potencialmente contaminado

### 5. SÍNTESE DE CONTEÚDOS

### 6. BIBLIOGRAFIA

2

## 1. OBJETIVOS DA SESSÃO



- 1) Distinguir os conceitos de SARS-COV-2 e COVID-19;
- 2) Conhecer os três mecanismos possíveis de transmissão do vírus;
- 3) Reconhecer as diferentes classes de lixos e resíduos segundo a classificação nacional de resíduos hospitalares;
- 4) Saber triar e acondicionar corretamente os lixos para prevenir a infeção por COVID-19;
- 5) Aprender as recomendações gerais para gerir o material contaminado proveniente dos cuidados ao doente com COVID-19.

3

## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.1. SARS-COV-2 e COVID-19

#### SARS-COV-2

Novo coronavírus que foi detetado na China, no final de 2019, e que significa "síndrome respiratória aguda grave - coronavírus 2 (DGS, 2020)

#### COVID-19

Doença que é provocada pela infeção do coronavírus SARS-CoV-2 (DGS, 2020)



4

## 2. ENQUADRAMENTO

### 2.2. Mecanismos de transmissão



Gotículas respiratórias



Contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas



Via aérea, aquando de procedimentos geradores de aerossóis

DGS (2020)

... como acontece com o manuseamento dos lixos e resíduos

5

## 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

### 3.1. Conceito de resíduo hospitalar

Em Portugal, o regime geral de gestão de resíduos hospitalares encontra-se consagrado no Decreto-Lei n.º 178/2006 de 5 de setembro. O conceito de **RESÍDUO HOSPITALAR** define-se como:



O resíduo que resulta de atividades médicas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupuntura, piercings ou tatuagens. (Decreto-Lei n.º 178, 2006)



6

## 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

### 3.2. Classificação dos lixos e resíduos

Os resíduos hospitalares classificam-se em 4 grupos:

**GRUPO I**  
Resíduos equiparados a urbanos

**GRUPO II**  
Resíduos hospitalares não perigosos

**GRUPO III**  
Resíduos hospitalares de risco biológico

**GRUPO IV**  
Resíduos hospitalares específicos

RESÍDUOS HOSPITALARES

DGS (2016)

7

## 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

### 3.2. Classificação dos lixos e resíduos

**NÃO CONTAMINADOS**  
(não perigosos)

**CONTAMINADOS**  
(perigosos)

GRUPO I (Resíduos equiparados a urbanos)	GRUPO II (Resíduos hospitalares não perigosos)	GRUPO III (Resíduos hospitalares de risco biológico)	GRUPO IV (Resíduos hospitalares específicos)
Não apresentam exigências especiais no seu tratamento.	São aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos.	São resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis a incineração ou outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano.	São resíduos de vários tipos de incineração obrigatória.

DGS (2016)

8

### 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

#### 3.2. Classificação dos lixos e resíduos

São alguns exemplos de resíduos hospitalares:

##### GRUPO I

- Resíduos provenientes de serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, instalações sanitárias, vestiários, etc.)
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns e outros)
- Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, etc.)
- Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no Grupo III

##### GRUPO II

- Material ortopédico não contaminado e sem vestígios de sangue
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue
- Material de proteção individual com exceção do utilizado na recolha de resíduos
- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico/comum, com exceção dos incluídos nos Grupos III e IV

##### GRUPO III

- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados
- Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV
- Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas
- Material ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue

##### GRUPO IV

- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas
- Cadáveres de animais de experiência laboratorial
- Materiais cortantes e perfurantes
- Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração

DGS (2016)

9

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

### 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

#### 3.3. Triagem e acondicionamento dos lixos e resíduos

As fases mais importantes para a minimização e gestão efetiva dos resíduos hospitalares produzidos são a triagem e acondicionamento realizados no local de produção.

Entende-se por **TRIAGEM** o processo de separação dos lixos segundo o seu grau. **ACONDICIONAR** corresponde a todo o processo desde a colocação dos lixos nos sacos até ao seu transporte para fora da instituição.

Por diversas questões, nem sempre é fácil cumprir estas tarefas com 100% de sucesso. Para maximizar os resultados deste processo é fundamental que os profissionais de saúde saibam separar os lixos pelo seu grupo (SLIDE 7) e que os coloquem em recipientes diferentes e fáceis de identificar segundo o seu risco.

A dica mais simples para facilitar a triagem é utilizar diferentes cores para acondicionar os resíduos dos diferentes grupos. Nos contextos de prestação de cuidados, utilizam-se as seguintes cores:



**PRETO PARA OS LIXOS DO GRUPO I E II**  
**BRANCO PARA OS LIXOS DO GRUPO III**  
**VERMELHO PARA OS LIXOS DO GRUPO IV**

DGS (2016)

10

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

### 3. LIXOS E RESÍDUOS EM AMBIENTE INSTITUCIONAL

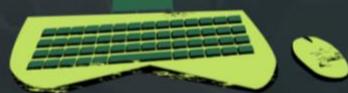
#### 3.3. Triagem e acondicionamento dos lixos e resíduos

**TODOS** os lixos produzidos em contacto com doentes COVID-19 positivo dentro do seu quarto e/ou no próprio Internamento destinada a doentes COVID-19 positivo, pelas suas características e potenciais riscos, são classificados como **LIXOS E RESÍDUOS DO GRUPO III**, devendo ser triados e acondicionados como tal.

##### TRIAGEM E ACONDICIONAMENTO EM CONTEXTO COVID-19

Os lixos e resíduos deverão ser colocados em duplo saco branco e, após a conclusão dos cuidados prestados, deverá ser encerrado com uma abraçadeira sem retirar o excesso de ar que está lá dentro. Os sacos que contêm os resíduos deverão ser colocados em contentores específicos para transporte de mercadorias perigosas em estrada.

No caso de ser necessário utilizar objetos cortantes, esses resíduos deverão ser triados e acondicionados segundo os procedimentos normais (colocados em recipiente identificado como lixo de GRUPO IV).



DGS (2020)

11

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

### 4. A COVID-19 E OS LIXOS E RESÍDUOS INSTITUCIONAIS

#### 4.1. Gerir o material potencialmente contaminado

##### RECOMENDAÇÕES:



**PRIORIDADE #1**  
**PRIORIDADE #2**



Os profissionais devem utilizar o EPI adequados para o manuseamento dos resíduos. Se os resíduos forem tratados em local onde o utente COVID-19 positivo está presente ou circula, recomenda-se o uso de touca, óculos/viselra, máscara FFP2 ou N95, escanfandro ou bata impermeável, cobre-botas e luvas limpas (2 pares).

Deverá ser sempre dada prioridade ao tratamento de lixos contaminados ou potencialmente contaminados em detrimento de outros.

As embalagens com os resíduos devem ser imediata e diretamente colocadas nos contentores específicos para transporte de mercadorias para depois serem transportados para o local onde serão incinerados.

DGS (2020)

12

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

## 4. A COVID-19 E OS LIXOS E RESÍDUOS INSTITUCIONAIS

### 4.1. Gerir o material potencialmente contaminado

#### RECOMENDAÇÕES:



Depois de devidamente encerrados, os sacos de lixo não podem voltar a ser abertos. O manuseamento de material potencialmente perigoso deve ser limitado ao mínimo indispensável e com a máxima segurança.



Não deve existir cruzamento de percursos entre lixos triados e acondicionados em zona de doentes COVID-19 positivos e zonas limpas. Em caso de impossibilidade, por questões estruturais da ERPI, o percurso dos lixos deverá ser limpo e desinfetado depois de cada percurso efetuado.

DGS (2020)

13

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

## 5. SÍNTESE DE CONTEÚDOS



A COVID-19 é a doença provocada pela SARS-CoV-2. O vírus pode ser transmitido por gotículas, contacto com secreções e/ou via aérea.

O sucesso do controlo de infeção relacionado com os lixos reside na realização de uma triagem e acondicionamento adequados. A responsabilidade dessas ações está nos profissionais dos serviços.

Um dos principais mecanismos de transmissão é o contacto com superfícies contaminadas. Para evitar a infeção é essencial saber gerir adequadamente os resíduos e lixos.

Todos os lixos decorrentes do contacto com doentes COVID-19 positivo pertencem ao Grupo III, devendo ser triados e acondicionados como tal.

Os lixos dividem-se em duas grandes categorias: contaminados e não contaminados. Na primeira inserem-se os grupos I e II e na segunda os grupos III e IV.

Utilizar os EPI adequados, priorizar, acondicionar e ter em atenção os percursos dos resíduos contaminados são recomendações essenciais ao controlo de infeção relacionado com a gestão dos lixos e resíduos.

14

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

## 6. BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde. (2020). COVID-19: Fase de Mitigação Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de a. Direção Geral Da Saúde, Julho, 1-16. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Recolha, Transporte e Tratamento dos Resíduos Hospitalares. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0122020-de-19032020-pdf.aspx>

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/residuos-hospitalares.aspx>

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/residuos-hospitalares.aspx>

15

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

## EM CASO DE DÚVIDA OU PARA MAIS INFORMAÇÕES

### NÃO HESITE EM CONTACTAR:

E-mail  
[rodrigosaiva@campus.esel.pt](mailto:rodrigosaiva@campus.esel.pt)

16

PRÁTICAS SEGURAS NA GESTÃO DOS LIXOS E RESÍDUOS PARA PREVENIR A INFECÇÃO

## **APÊNDICE XVI – PROVAS DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS**

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Prova de Avaliação

**Tema:** Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual

**Formador:** Enf.º Rodrigo Saraiva

Assinale as seguintes afirmações com um "X" se considerar verdadeiro (V) ou falso (F):

	V	F
1 – A COVID-19 é a doença provocada pela SARS-COV-2.		
2 – Só existem dois mecanismos de transmissão do vírus: por gotículas e por contacto direto com secreções respiratórias infecciosas.		
3 – Existem 6 categorias principais de EPI essenciais à prestação de cuidados com foco na prevenção da infeção.		
4 – Os EPI devem ser usados pelos profissionais de saúde e pelos utentes.		
5 – A escolha do tipo de máscara deve ser adequada aos riscos de exposição e procedimentos a efetuar.		
6 – Deve-se utilizar cobre-botas nas zonas contaminadas/COVID-19 positivo.		
7 – Quando se prestam cuidados de saúde a um utente positivo com COVID-19 ou suspeito, a utilização de óculos é dispensável.		
8 – Não existe necessidade de colocar máscara cirúrgica à entrada da ERPI.		
9 – Devemos fornecer uma máscara cirúrgica nova aos utentes todos os dias.		
10 – A colocação e remoção correta dos EPI diminui a probabilidade de nos contaminarmos.		

Nº respostas certas \_\_\_\_\_ Nº respostas erradas \_\_\_\_\_

Nota: Prova de avaliação disponível para preenchimento na plataforma Google Forms.

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Prova de Avaliação

**Tema:** Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção

**Formador:** Enf.º Rodrigo Saraiva

*Assinale as seguintes afirmações com um “X” se considerar verdadeiro (V) ou falso (F):*

	V	F
1 – Um dos mecanismos de transmissão do vírus COVID-19 é o contacto com superfícies contaminadas.		
2 – Material clínico como sacos coletores de fluídos orgânicos (ex.: saco de algáliação) pertencem ao grupo I.		
3 – As classes I e II pertencem à categoria de resíduos perigosos.		
4 – As classes III e IV pertencem à categoria de resíduos perigosos.		
5 – Devemos utilizar o saco branco para os resíduos da classe III.		
6 – Não devemos dar prioridade ao tratamento dos lixos contaminados em detrimento dos lixos comuns.		
7 – Depois de encerrados não devemos reabrir os lixos contaminados.		
8 – O sucesso do processo de triagem e acondicionamento dos lixos depende do conhecimento e empenho dos profissionais que laboram na instituição.		
9 – Não é importante criar um percurso específico para o lixo contaminado e outro para o lixo comum.		
10 – Não é necessário utilizar os EPI para tratar os lixos provenientes da prestação de cuidados ao doente com COVID-19.		

Nº respostas certas \_\_\_\_\_ Nº respostas erradas \_\_\_\_\_

*Nota: Prova de avaliação disponível para preenchimento na plataforma Google Forms.*

## **APÊNDICE XVII – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO**

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Inquérito de Satisfação

**Tema:** Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual e Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção

**Formador:** Enf.º Rodrigo Saraiva

**Assinale com um “X” o quadrado que corresponde ao valor que acha justo para cada item segundo a seguinte escala (escala de Likert): 1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – indiferente, 4 – concordo, 5 – concordo totalmente**

	1	2	3	4	5
1) Os conteúdos abordados foram importantes para a minha aprendizagem sobre o tema					
2) Os conteúdos abordados foram adequados ao tema					
3) Considero que o processo de aprendizagem foi enriquecedor e que me fez ficar mais confiante para prestar cuidados de saúde seguros					
4) Considero que a utilização de imagens e cores despertaram a minha atenção e facilitaram a aprendizagem					
5) Considero que a utilização dos vídeos e áudios facilitaram a aprendizagem					
6) Considero que a possibilidade de assistir à apresentação onde e quando quiser facilitaram a minha vontade de participar nas sessões					
7) Considero que o discurso escrito do formador foi adequado					
8) Considero que o formador esteve disponível para esclarecer dúvidas à distância					

1. Tem alguma sugestão para melhorar a sessão que assistiu?

---

2. Que outros temas considera que seriam importantes para abordar no futuro?

---

**APÊNDICE XVIII – RESULTADOS DAS PROVAS DE AVALIAÇÃO DE  
CONHECIMENTOS E INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO**

**Resultados da prova de conhecimentos da sessão de EpS**  
**“Práticas seguras no uso dos Equipamentos de Proteção Individual”**

Participantes	N.º de respostas corretas	Participantes	N.º de respostas corretas	Participantes	N.º de respostas corretas
Participante 1	9	Participante 16	10	Participante 31	9
Participante 2	8	Participante 17	10	Participante 32	9
Participante 3	8	Participante 18	10	Participante 33	8
Participante 4	9	Participante 19	7	Participante 34	7
Participante 5	10	Participante 20	5	Participante 35	7
Participante 6	10	Participante 21	6	Participante 36	8
Participante 7	8	Participante 22	5	Participante 37	9
Participante 8	6	Participante 23	8	Participante 38	10
Participante 9	7	Participante 24	7	Participante 39	10
Participante 10	3	Participante 25	9		
Participante 11	8	Participante 26	9		
Participante 12	9	Participante 27	10		
Participante 13	10	Participante 28	7		
Participante 14	10	Participante 29	5		
Participante 15	6	Participante 30	10		

N.º de participantes que acertaram em pelo menos a 6 questões na prova: 35

**Resultados da prova de conhecimentos da sessão de EpS**  
**“Práticas seguras na gestão dos lixos e resíduos para prevenir a infeção”**

Participantes	N.º de respostas corretas	Participantes	N.º de respostas corretas	Participantes	N.º de respostas corretas
Participante 1	7	Participante 16	9	Participante 31	10
Participante 2	8	Participante 17	10	Participante 32	7
Participante 3	7	Participante 18	10	Participante 33	10
Participante 4	7	Participante 19	8	Participante 34	5
Participante 5	8	Participante 20	8	Participante 35	5
Participante 6	8	Participante 21	7	Participante 36	8
Participante 7	7	Participante 22	5	Participante 37	9
Participante 8	10	Participante 23	10	Participante 38	9
Participante 9	9	Participante 24	5	Participante 39	10
Participante 10	8	Participante 25	10		
Participante 11	7	Participante 26	9		
Participante 12	6	Participante 27	10		
Participante 13	6	Participante 28	5		
Participante 14	6	Participante 29	6		
Participante 15	3	Participante 30	8		

N.º de participantes que acertaram em pelo menos a 6 questões na prova: 33

### Resultados das respostas ao inquérito de satisfação

Participantes	Pontuação média	Participantes	Pontuação média	Participantes	Pontuação média
Participante 1	4	Participante 16	4	Participante 31	5
Participante 2	5	Participante 17	3	Participante 32	4
Participante 3	5	Participante 18	3	Participante 33	5
Participante 4	4	Participante 19	5	Participante 34	4
Participante 5	5	Participante 20	4	Participante 35	5
Participante 6	4	Participante 21	5	Participante 36	4
Participante 7	4	Participante 22	5	Participante 37	5
Participante 8	5	Participante 23	4	Participante 38	4
Participante 9	5	Participante 24	3	Participante 39	5
Participante 10	4	Participante 25	4		
Participante 11	5	Participante 26	5		
Participante 12	5	Participante 27	5		
Participante 13	5	Participante 28	4		
Participante 14	5	Participante 29	3		
Participante 15	4	Participante 30	4		

N.º de participantes com uma média de respostas de 1 na Escala de Likert: 0

N.º de participantes com uma média de respostas de 2 na Escala de Likert: 0

N.º de participantes com uma média de respostas de 3 na Escala de Likert: 4

N.º de participantes com uma média de respostas de 4 na Escala de Likert: 16

N.º de participantes com uma média de respostas de 5 na Escala de Likert: 19