



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

Relatório de Estágio

Joana Filipa Agostinho Bento

Leiria, março de 2023

Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

Relatório de Estágio

Projeto de Intervenção Comunitária para a Promoção da Melhoria da Saúde dos Enfermeiros

Apresentado ao Politécnico de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório elaborado por:

Joana Filipa Agostinho Bento nº5210159

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, com Relatório Final

Professora Orientadora:

Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, 31 de março de 2023

“A condição de super-herói vinculada à Enfermagem impõe aos profissionais características semelhantes aos destemidos personagens construídos pelas mídias. As identidades são anónimas, os rostos são encobertos, a disposição é constante, não há dia ou hora para se ausentar. Apesar da homenagem ou valorização representadas nas imagens de super-heróis, aquilo que os profissionais vivenciam são serviços de saúde lotados, (...) profissionais sobrecarregados e à beira de um colapso (...)”

Danusa Begnini et al (2021)

AGRADECIMENTOS

À Susete Martins que esteve em todas as etapas desta jornada, mas principalmente, por todos os momentos baseados nos ideais de amizade e companheirismo. Agradeço profunda e diariamente o teu apoio incansável, a tua paciência sem limites, o teu incentivo constante, que impulsionaram e continuam a impulsionar a pessoa que sou.

À Professora Doutora Teresa Kraus, pilar fundamental em todo este processo. Agradeço por nunca ter desistido de mim, pela disponibilidade, apoio e orientação.

Aos meus orientadores, em contexto de estágio, o Enfermeiro Nuno Barreta, Enfermeiro Joaquim Pereira e Enfermeira Carla Carvalho, pelo apoio, disponibilidade, discussão, orientação e partilha de conhecimento.

Aos meus colegas do 1º curso de mestrado, pela partilha e apoio.

Aos meus pais e irmão que me apoiaram no desenvolvimento deste projeto pessoal e profissional.

A todos quantos colaboraram direta e indiretamente neste processo, o meu mais sincero e profundo obrigado.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório é o colmar formal da conclusão do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e contempla duas partes principais: a reflexiva e a de investigação.

Deste modo, confronta as oportunidades vivenciadas estágio com documentos oficiais e evidência científica recente, demonstrando o percurso formativo de construção de um enfermeiro especialista e reflexão contínua como processo dinâmico e imprescindível à tomada de decisão.

Por sua vez, em contexto de estágio identifica-se a problemática de investigação, que incide nas lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

Objetivos: Determinar os dados sociodemográficos, clínicos e determinantes da saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo; avaliar a perceção dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo quanto ao impacto da Pandemia por COVID-19 sobre o seu estado atual de saúde e a incidência de LMERT e desenvolver um projeto de intervenção de acordo com os resultados obtidos.

Metodologia: Visando responder à questão de investigação “Qual a eficácia de um Projeto de Intervenção Comunitária para promover a melhoria da saúde dos enfermeiros do ACES Médio Tejo, em contexto pandémico por COVID-19?”, recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde, tendo por base o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Foram aplicados questionários via *GoogleForms* entre os dias 10 e 23 de fevereiro de 2023. Os dados foram tratados com recurso ao programa SPSS e a sua análise baseou-se em estatística descritiva.

Resultados: A maioria da amostra (n=12; 92%) é do sexo feminino e apresenta sintomatologia associada a lesões musculoesqueléticas em pelo menos um local do corpo, nos últimos 12 meses, sendo que não se verificou associação entre as consequências de COVID-19 e a prevalência deste tipo de lesões.

Conclusão: Com base nos resultados obtidos é planeado um projeto-piloto: o projeto “LMERT/OUT”. Sugere-se a sua implementação e avaliação, quanto em ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Enfermeiros; Cuidados de Saúde Primários; Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho; Projeto de Intervenção Comunitária.

ABSTRACT

Background: This Final Report is the formal completion of the Master's Degree in Community Nursing: Community Health Nursing and Public Health Nursing and includes two main parts: reflective and research.

In this way, it confronts the opportunities experienced in clinical teaching with official documents and recent scientific evidence, demonstrating the formative path of building a nurse specialist and continuous reflection as a dynamic and essential process for decision-making.

In turn, in the context of clinical teaching, we identified the research issue, which focuses on work-related musculoskeletal disorders in primary health care nurses.

Objectives: Determine the sociodemographic, clinical and health determinants data of Nurses at ACES Médio Tejo; to assess the perception of Nurses at ACES Médio Tejo regarding the impact of the COVID-19 Pandemic on their current health status and incidence of LMERT and develop an intervention project according to the results obtained.

Methodology: In order to answer the research question "What is the effectiveness of a Community Intervention Project to promote health improvement among nurses of the ACES Médio Tejo, in the context of the COVID-19 pandemic?", we used the Health Planning methodology, based on Betty Neuman's Systems Model. Questionnaires were applied via GoogleForms between 10 and 23 February 2023. Data were processed using the SPSS software and analysed using descriptive statistics.

Results: The majority of the sample (n=12; 92%) is female and presents symptoms associated with musculoskeletal injuries in at least one place of the body in the last 12 months, and there was no association between the consequences of COVID-19 and the prevalence of this type of injury.

Conclusion: Based on the results obtained, a pilot project is planned: the "LMERT/OUT" project. It is suggested its implementation and evaluation, as in health gains.

Key-words: Specialist Nurse; Nurses; Primary Health Care; Work-Related Musculoskeletal Injuries; Community Intervention Project.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO	13
1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA MÉDIO TEJO	14
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE OLHOS DE ÁGUA	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA.....	18
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	20
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	20
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	20
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	21
3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	22
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	23
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
3.2.1. Estabelece, com Base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a Avaliação de Saúde de uma Comunidade	25
3.2.2. Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades ...	28
3.2.3. Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde	30
3.2.4. Realiza e Cooperar Na Vigilância Epidemiológica de Âmbito Geodemográfico.....	31
4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	34
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
4.1.1. Qualidade de Vida no Trabalho	36
4.1.2. As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)	37
4.1.3. As LMERT nos Enfermeiros a exercer funções em contexto de CSP	39
4.1.3.1. COVID-19 e as LMERT nos Enfermeiros de CSP	42
4.1.3.2. Tratamento e/ou Prevenção das LMERT	44

4.2.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: O PLANEAMENTO EM SAÚDE	45
4.2.1.	Diagnóstico de Situação	46
4.2.1.1.	População-Alvo e Amostra	46
4.2.1.2.	Instrumento de colheita de dados	47
4.2.1.3.	Apresentação e Análise de Dados	48
4.2.1.4.	Stressores e Diagnósticos de Enfermagem	51
4.2.2.	Definição de Prioridades	53
4.2.3.	Fixação dos Objetivos	55
4.2.4.	Seleção de Estratégias	57
4.2.4.1.	Previsão dos recursos e análise de obstáculos	58
4.2.5.	Elaboração de Programas e Projetos	59
4.2.6.	Preparação da execução, previsão de execução e avaliação	62
	CONCLUSÃO INTEGRATIVA	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

APÊNDICE A – Procedimento da Mala de Emergência da UCC Olhos de Água

APÊNDICE B – Plano de Sessão desenvolvido para Capacitação de Auxiliares Escolares, em âmbito de PSI.

APÊNDICE C – Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE D – Planos de Sessão para cada atividade a desenvolver

APÊNDICE E – Exemplo de Folha de Presenças

APÊNDICE F – Cronograma do Projeto “LMERT/OUT”

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Favorável para realização do estudo pela ARSLVT

ANEXO II – Consentimento Informado, livre e esclarecido

ANEXO III – Tabelas de SPSS, que permitiram a análise e interpretação dos dados

ANEXO IV – Instrumento de Colheita de Dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes do Método de Hanlon	54
Figura 2 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman, tendo como foco de cuidados os enfermeiros do ACES Médio Tejo	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva relativa à variável sexo	48
Tabela 2 – Prevalência de LMERT, nos enfermeiros do ACES Médio Tejo.....	50
Tabela 3– Stressores e Diagnósticos de Enfermagem	51
Tabela 4 – Método de Hanlon adaptado.....	54
Tabela 5– Objetivos específicos, operacionais ou metas e indicadores de resultado ou de impacto	55
Tabela 6 – Previsão de Recursos.....	58
Tabela 7 – Atividades a realizar	62

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

cit. – Abreviatura para citado

CNECV – Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

COVID-19 – Infeção Respiratória causada pelo vírus Sars-CoV-2

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EU-OSHA – *European Agency for Safety and Health at Work*

ICN – International Council of Nursing

INE – Instituto Nacional de Estatística

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – Abreviatura para página

PEARL – Acrónimo para Pertinência, Exequibilidade, Aceitação, Recursos e Legitimidade

PSI – Plano de Saúde Individual

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

WISN – *Workload Indicators of Staffing Need*

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, do terceiro semestre do segundo ano do primeiro curso de Mestrado em Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Leiria.

O estágio desenvolveu-se inicialmente numa Unidade de Saúde Pública (USP) e teve continuidade numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo – especificamente, na USP Médio Tejo e na UCC Olhos de Água. Teve a duração de 21 semanas (divididas entre as Unidades Funcionais de Saúde Pública e de Cuidados à Comunidade: 7 e 14 semanas, respetivamente), tendo iniciado a 6 de setembro de 2022 e terminado a 17 de fevereiro de 2023, perfazendo um total de 375 horas de contacto presencial, em contexto de prática clínica.

O presente relatório constitui-se como a etapa final do percurso realizado durante o estágio, condensando a reflexão crítica da aquisição e desenvolvimento das competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP), realçando o enriquecimento do estudante durante este período.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Diário da República, 2019).

Dado à especificidade de cada área é, então, fulcral adquirir, desenvolver, cimentar competências e refletir sobre as atividades desenvolvidas em campo de estágio, uma vez que, os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos cursos de Mestrados em Enfermagem que conferem título profissional de Enfermeiro Especialista visam o aprofundamento de conhecimentos, competências de Enfermagem e permitem que as aprendizagens essenciais ocorram em contexto de prestação de cuidados, pois apenas assim facilitam o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Os objetivos gerais delineados para este estágio centram-se em adquirir e desenvolver tanto as competências comuns como competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública.

Intrinsecamente, este relatório contempla um estudo que incide o seu foco nas lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho nos enfermeiros que exercem funções em cuidados de saúde primários, em situação pandémica. Temática esta, identificada no início

do estágio, de acordo com a necessidade e a realidade transversalmente vivida, no contexto de estágio.

Os Enfermeiros, devido ao seu espetro alargado de competências e atividades, são o grupo profissional da área da saúde mais afetado a nível da saúde e segurança no trabalho (Ribeiro, 2013).

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho consistem em lesões inflamatórias e degenerativas de estruturas orgânicas como, os músculos, articulações, ossos, etc, cuja causa ou agravamento é devido à ação de fatores de risco laborais (APSEI, 2021).

Estas lesões apresentam um forte impacto no que toca ao absentismo, presenteísmo e decréscimo de produtividade afetando, assim, a saúde e a qualidade de vida dos enfermeiros influenciando diretamente o seu desempenho e indiretamente a qualidade dos cuidados que prestam aos utentes (Ribeiro, 2013).

Contudo, o foco dado a estas repercussões não é a mesma para os enfermeiros a exercer funções em cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários. Embora os enfermeiros de cuidados de saúde primários também detenham problemas musculoesqueléticos associados ao trabalho, ainda é um ramo escassamente investigado. Tal facto justifica-se por existir uma maior perceção que esta problemática é mais prevalente no contexto hospitalar.

Embora a escassez de estudos em Portugal, tornou-se perceptível que existe uma elevada prevalência deste tipo de lesões também nos enfermeiros de cuidados de saúde primários (Ribeiro, 2013).

Deste modo, fixaram-se cinco objetivos do estudo, que concernem em determinar os dados sociodemográficos, clínicos e determinantes de saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo; avaliar a perceção dos enfermeiros do ACES Médio Tejo quanto ao impacto da Pandemia por COVID-19 sobre o seu estado geral e a incidência de LMERT; desenvolver um projeto de intervenção de acordo com os objetivos obtidos; intervir junto da população-alvo e avaliar a eficácia da intervenção proposta, quanto a ganhos em saúde.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos, sendo que o primeiro capítulo contempla a caracterização dos contextos de estágio. Seguidamente, o segundo capítulo centra-se no enquadramento teórico da prática especializada. Por sua vez, o terceiro capítulo incide na análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do EC e, por fim, o quarto capítulo constitui a prática baseada na evidência explanada através da metodologia do Planeamento em Saúde.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021, p.2), o “estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista”. É no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada que se compreendem as dinâmicas próprias da sua intervenção, permitindo a aprendizagem e consolidação de conhecimentos.

Neste sentido, tive oportunidade de realizar estágio em duas unidades funcionais: na Unidade de Saúde Pública (USP) do Médio Tejo e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Olhos de Água, que integram o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo que, por sua vez, se insere na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

O ACES Médio Tejo tem a missão de prestar cuidados de saúde primários de qualidade, promover a saúde e prevenir a doença à população da área de abrangência, visando garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde primários de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde (BI-CSP, 2022). De modo a implementar estes objetivos, o ACES Médio Tejo é regido por cinco pilares: a equidade, a qualidade, a transparência, a resiliência e o profissionalismo (BI-CSP, 2022).

É constituído por onze dos 21 concelhos do distrito de Santarém: Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha (ACES Médio Tejo, 2016).

Com uma área geográfica de, aproximadamente, 2 706 Km², engloba zonas rurais de grande dispersão e desertificação e zonas urbanas de grande concentração populacional (ACES Médio Tejo, 2016).

Os censos, em 2021, registaram a existência de cerca de 210 720 habitantes na região do Médio Tejo (Médio Tejo, 2021; INE, 2022). Para além disso, as mesmas fontes revelam que, na última década, esta região perdeu quase 20 mil habitantes, o que corresponde a uma perda populacional de 7,5% - mais do dobro registado na década anterior do Censos 2001 para o Censos 2011, onde se tinha registado uma redução de 3% da população.

Com o intuito de alcançar toda a população desta área, o ACES Médio Tejo mantém em funcionamento 9 Unidades de Saúde Familiar, 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 9 Unidades de Cuidados na Comunidade. Para além disso, tem também uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública, no pólo de Mação, onde foi realizado o estágio (BI-CSP, 2022).

1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA MÉDIO TEJO

A Saúde Pública incide no resultado da organização da sociedade, sob tutela do Estado, no sentido de promover e defender a saúde dos seus cidadãos (Mackenzie, Pinger & Kotecki, 2002).

Segundo o Diário da República (2013, p. 6 050):

“à USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.”

Adequado ao perfil de saúde população abrangida pelo ACES Médio Tejo, a USP desenvolveu inúmeras intervenções no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde Escolar, Saúde Oral, Vacinação e Saúde Ocupacional, bem como o Programa de Resíduos Hospitalares e a Vigilância Epidemiológica realizada a doenças de declaração obrigatória e doenças mais prevalentes na população (neoplasia, cérebro-vascular, aparelhos respiratório e circulatório, entre outras).

De acordo com o Diário da República (2009 e 2013), a USP é coordenada por um médico especialista em Saúde Pública e é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra pelo menos um Enfermeiro Especialista, de preferência com especialidade em Enfermagem Comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros (2014a, p. 3), defende que uma

“dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.”

Seguindo as orientações do documento supra-citado, as USP, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações, devem de ter 1 enfermeiro especialista por cada 30 mil habitantes.

Ao analisar o contexto de estágio, foi possível verificar que na USP Médio Tejo exercem funções 7 enfermeiros. Dado que a população atual contabiliza os 210 720 habitantes é

possível afirmar que a dotação, no ACES Médio Tejo, é segura. Uma vez que, por cada enfermeiro especialista existem, aproximadamente, 30 103 habitantes.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE OLHOS DE ÁGUA

Uma vez terminado o estágio em contexto de USP, o Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, teve continuação, em âmbito de UCC, num dos concelhos abrangidos pelo ACES Médio Tejo: Alcanena.

A Saúde Comunitária diz respeito ao estado de saúde de uma comunidade, como grupo definido de pessoas, suas atividades e condições (privadas ou públicas) para proteger, promover ou preservar a sua saúde (Mackenzie, Pinger & Kotecki, 2002).

O Diário da República (2013, p.8) esclarece que a UCC

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

A sua implementação facilitou o acesso dos utentes a cuidados especializados de enfermagem. Os planos de ação destas unidades estão maioritariamente centrados na intervenção nos grupos e comunidades, no entanto podem incluir cuidados a indivíduos, nomeadamente a crianças e jovens em risco ou pessoas em reintegração social (Melo, 2020a).

Em contraste com restantes Unidades Funcionais que constituem os Cuidados de Saúde Primários (CSP), as UCC são coordenadas por um enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional.

Para além disso, importa salientar que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014b, p.11) “a amplitude e complexidade de atividades a desenvolver com estas populações, exigem a devida dotação de enfermeiros especialistas nas UCC, nomeadamente de Enfermagem ‘Comunitária’, ‘Saúde Materna e Obstétrica’, ‘Saúde Infantil e Pediátrica’ e de ‘Saúde Mental e Psiquiátrica.’”

A UCC Olhos de Água é constituída por 7 enfermeiros, de especialidades diferentes, nomeadamente Enfermagem de Reabilitação, Materna e Obstetrícia, Saúde Comunitária, Saúde Mental e Saúde Infantil e Pediátrica e, por isso, constata-se que, embora as dotações possam não ser as ideais (especial e principalmente em contexto pandémico), mas

contempla pelo menos um profissional com a especialidade acima mencionada pela Ordem dos Enfermeiros, permitindo oferecer à população de Alcanena cuidados de enfermagem especializados de elevada qualidade.

Pertencendo ao distrito de Santarém, o concelho de Alcanena é formado por sete freguesias (União de Freguesias de Alcanena e Vila Moreira, Bugalhos, União de Freguesias de Malhou, Louriceira e Espinheiro, Minde, Moitas Venda, Monsanto e Serra de Santo António). Deste modo perfaz um total de, aproximadamente, 12 700 hectares (CM-Alcanena, 2022).

A UCC Olhos de Água estabelece, como missão, a contribuição

“para a melhoria do estado de saúde da população residente no Concelho de Alcanena, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência” (BI-CSP, 2022, p. 1).

Em adição, de acordo com a mesma fonte, a UCC em questão assume que a saúde da população do concelho como principal compromisso, assegurando respostas articuladas, diferenciadas, integradas e de proximidade às suas necessidades, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Para além disso, encontra-se disponível para novos projetos, visando alcançar a excelência dos serviços através do trabalho em equipa e da satisfação dos profissionais de saúde e cidadãos.

Assim, vincam-se como principais valores, da UCC Olhos de Água, o respeito, a salvaguarda dos direitos da pessoa, a articulação e cooperação entre a equipa multidisciplinar e a autonomia (BI-CSP, 2022).

A UCC Olhos de Água abrange cerca de 12 365 utentes (5 931 homens e 6 434 mulheres), sendo o grupo etário mais prevalente dos 35 aos 75 anos de idade (BI- CSP, 2022).

A freguesia que abrange maior quantidade de população é a União de Freguesias de Alcanena e Vila Moreira, com aproximadamente 39% dos utentes abrangidos pela UCC e, em contraste, a freguesia com menor quantidade de população abrangida é a Serra de Santo António com cerca de 5% dos utentes (BI-CSP, 2022).

Assim, a UCC Olhos de Água possui uma carteira de serviços que é constituída pela equipa de Saúde Escolar, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), programa de preparação para a parentalidade (Curso de preparação para o parto; Curso de Recuperação pós-parto e Massagem do bebé).

Para além disso, participam ainda em projetos de intervenção comunitária em parceria com outras Instituições da Comunidade, como o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Núcleo Local de Inserção, Conselho Local de Ação Social e Núcleo Executivo e realização de Planos de Saúde Individual.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA

Ao longo do tempo, o caráter científico da Enfermagem foi sendo questionado, tendo desencadeado o desenvolvimento de várias teorias como método de suporte para a prática de Enfermagem (Nóbrega & Santos, 1996).

Atualmente, algumas variáveis, como o desentendimento sobre o real foco da Enfermagem e a pressão política global, podem vir a retirar o caráter profissional da Enfermagem. Tal pode fazer com que a Enfermagem fique destinada a ser apenas um conjunto de tarefas, tomada por regras e decisões propostas por outros e, assim, deixar de ser uma profissão central no cuidado dos utentes, suas famílias, grupos e comunidades (Karnick, 2014; Thorne & Sawatzky, 2014; Hoeck & Delmar, 2017).

Por este motivo, as teorias de enfermagem não devem de ser desvalorizadas, mas sim defendidas, tanto na formação do Enfermeiro, como na prática clínica quotidiana visando promover e melhorar o estado de saúde da População e não apenas aumentar os indicadores e produtividade (Jensen & Anderson, 2005).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, desenvolvida para fornecer um ponto de interesse e união na definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão com o ambiente (Neuman, 2011).

Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto e a autora encara os clientes com um todo, cujas partes interagem entre si, considerando, em simultâneo, todas as variáveis que afetam o sistema do cliente (tais como a fisiológica, a psicológica, a socicultural, a de desenvolvimento e a espiritual) (Neuman, 2011).

De acordo com o modelo, o cliente está em constante interação com o ambiente e com forças internas e externas provenientes desta interação, as quais, de alguma forma, podem alterar o equilíbrio existente: os stressores.

Neuman (2011), definiu *stress* como a resposta não específica do corpo a qualquer estímulo e stressores como estímulos, positivos ou negativos, que ao produzirem tensão, resultam em *stress*.

Em adição, os stressores podem ser intrapessoais (ocorrem no próprio indivíduo), interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (ocorrem fora do indivíduo) (Neuman, 2011).

De acordo com a autora, o cliente encontra-se, figuradamente, inserido num círculo seguido por várias linhas. A primeira delas é a linha normal de defesa, que é concebida como um nível de saúde desenvolvido, adaptado e considerado como normal para o cliente. A seguinte, é a linha flexível de defesa, que concerne num mecanismo protetor que rodeia e protege a linha normal de defesa de qualquer stressor (Neuman, 2011).

Uma vez perturbado o equilíbrio do sistema do cliente, o mesmo recorre às linhas de resistência, compostas por fatores de resistência interna e ativa-os para proteger e preservar o seu sistema contra o stressor (Neuman, 2011).

A Enfermagem Comunitária ocupa uma posição privilegiada no ambiente natural da comunidade, permitindo a intervenção dos CSP a indivíduos, grupos, famílias e comunidades (Stanhope & Lancaster, 2011).

Assim, este Modelo adequa-se à Enfermagem Comunitária por privilegiar uma abordagem da prática holística em qualquer parte do sistema. A principal ação de enfermagem é definir a intervenção adequada em situações de *stress* e possíveis reações do cliente aos stressores (Neuman, 2011).

Neuman define enfermagem como uma profissão única, que atua em todas as variáveis que afetam as respostas do cliente aos fatores de *stress*, isto é, as intervenções de enfermagem visam cuidar o cliente, empoderando-o a cuidar do seu sistema, adaptando-o, ajustando-o, restaurando-o ou mantendo um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema e os stressores ambientais, com um mínimo de danos causado pela exposição ao risco (Neuman, 2011).

O objetivo da enfermagem é reduzir os stressores e as condições adversas, através da intervenção aos três níveis de prevenção:

- Primária: quando existe suspeita ou é identificado um stressor, antes que a reação ocorra. Fortalece a linha flexível de defesa através da prevenção do *stress* e dos fatores de risco e, por isso, diminui a possibilidade de reação;
- Secundária: ocorre após início da reação e procura reforçar as linhas de resistência de modo a reduzir o grau de reação, através de recursos do cliente;
- Terciário: acontece após o tratamento ativo ou prevenção secundária e visa alcançar equilíbrio do sistema. Fortalece as linhas de resistência para prevenir reações futuras (Neuman, 2011).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Este capítulo contempla o percurso reflexivo das oportunidades de aprendizagem que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para transitar de enfermeira generalista para EEESCSP.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros emite dois títulos profissionais diferentes: o de enfermeiro e o enfermeiro especialista. Enquanto o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família e comunidade aos três níveis de prevenção, o título de enfermeiro especialista reconhece estas competências para além dos cuidados gerais: os cuidados especializados em determinada área (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios: as competências comuns. Estas competências reúnem diversos contextos e dimensões, visando fortalecer um enquadramento regulador para a certificação das competências, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Diário da República, 2019a).

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática de enfermagem é, atualmente, sinónimo de evidência científica aliado à humanização dos cuidados. Desenvolver e aprofundar competências é, então, um dever ético e deontológico do enfermeiro, para além de constituir um investimento no crescimento e valorização pessoal e profissional (Diário da República, 2019a).

A Enfermagem, enquanto profissão auto-regulada, tem definido os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Estes documentos são fulcrais e devem constituir a base para o exercício e boa prática transversal à classe profissional – seja na enfermagem generalista como na enfermagem especializada.

A necessidade de tomar decisões, confronta-se com os princípios, os valores e os direitos das Pessoas. A maior parte destas decisões podem mesmo colidir com os princípios bioéticos como a defesa pela liberdade e da dignidade da pessoa, assente nos valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com capacidade de escolha, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Dado o contexto pandémico vivenciado, a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em 2020, emitiu uma posição relativa à ética das medidas e intervenções em situação de emergência pandémica: a prática de enfermagem deve reconhecer seis princípios éticos: o princípio da necessidade, da precaução, da proporcionalidade, da transparência, da solidariedade e da subsidiariedade.

Em situações de emergência de saúde pública, a sociedade vê afetada a sua capacidade para suprir as necessidades básicas de saúde e de segurança, bem como outras necessidades básicas de bens e de serviços.

Neste contexto, os profissionais de saúde são elementos nucleares em qualquer processo de planeamento de resposta a uma situação pandémica, dado ao seu papel assistencial para com a sociedade, agentes de implementação das decisões sanitárias junto dos utentes e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Tendo por base os valores supra-citados, em contexto de estágio, considero ter cumprido o meu dever de sigilo profissional e, assim, preservado o direito do utente à confidencialidade da sua informação (clínica e não clínica) em situações como, por exemplo, a realização de chamadas telefónicas para realização de inquéritos epidemiológicos, em contexto de USP.

Já em contexto de UCC, a tomada de decisões foi suportada em conhecimento científico e da comunidade, que permitiu a construção de estratégias para resolução de problemas identificados, devidamente priorizados e de acordo com as necessárias reformulações, que desencadearam uma profunda reflexão realizada em parceria com a Enfermeiros Orientadores.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os enfermeiros baseiam a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, almejando uma prestação de cuidados mais segura, eficaz e eficiente. Neste sentido, o enfermeiro, aquando prestação de cuidados deverá, continuamente, prestar melhores cuidados e mostrar disponibilidade contínua para a mudança e adesão a novas aprendizagens (Diário da República, 2019a).

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN) (2006), os enfermeiros podem exercer pressão para conseguir níveis seguros de dotações e ambientes de trabalho saudáveis no seu local de trabalho, na comunidade em que estão inseridos e até a nível Nacional: ao sensibilizar os oficiais de Governo, administradores e outros responsáveis pela tomada de decisão e organizações para assegurar que a enfermagem tem uma voz no nosso País.

A melhoria contínua da qualidade visa a promoção de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, que fomentam o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados – através da avaliação da qualidade das práticas realizadas ao integrar auditorias clínicas, reflexão crítica sobre o que melhorar efetivamente e, por fim, liderar e planejar programas de melhoria contínua (Diário da República, 2019a).

Neste sentido, tive oportunidade de integrar a auditoria ao armazém avançado, do Centro de Saúde de Alcanena, tendo possibilitado a avaliação da qualidade das práticas clínicas e análise dos resultados e reflexão sobre a mesma.

Foi também identificada a necessidade de atualizar o procedimento técnico relativo à mala de emergência da UCC Olhos de Água. Esta permitiu-me planear a elaboração do documento regulador da sua utilização e manutenção (visível no Apêndice A).

Por outro lado, o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente da pessoa de modo a prevenir incidentes, promovendo eficazmente a envolvência adequada do bem-estar, gerindo o risco (Diário da República, 2019a).

Tanto em contexto de USP como de UCC, aquando realização dos contactos telefónicos, para os inquéritos epidemiológicos, ou realização de visita domiciliária, por exemplo, procurei promover uma comunicação geradora de segurança e intervindo com o intuito de proteger o utente, avaliando simultaneamente, os fatores ambientais envolventes de indivíduos e/ou grupos.

Deste modo, fomentei a sensibilidade, perceção, consciência e respeito das necessidades do grupo de indivíduos com que entrei em contacto, visando, por exemplo, prevenir fatores stressores responsáveis pelo risco de rotura da linha flexível ou mesmo rotura da linha de defesa normal (incidentes) dos mesmos.

3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio desta competência, é espectável que o Enfermeiro Especialista realize uma gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e, por sua vez, adapte a liderança e a gestão dos recursos a situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019a).

Vivemos numa época em que

“as ameaças à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de

qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3).

Daqui resultam novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de saúde. As respostas passam pela necessidade de derrubar fronteiras entre diferentes setores intervenientes no desenvolvimento social, na promoção da saúde e no incremento da cooperação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste contexto, importa frisar a pertinência da concentração de múltiplos enfermeiros especialistas das diversas especialidades de enfermagem. A conjugação de saberes/competências dos profissionais permite dar uma resposta mais eficiente, eficaz e específica aos problemas identificados pelos profissionais de saúde e, principalmente, pela comunidade.

Suportando esta linha de pensamento, importa reconhecer os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros na equipa, fomentando e otimizando o trabalho em grupo. Assim, potencia-se a adequação os recursos disponíveis às necessidades de cuidados de uma determinada comunidade.

Tive oportunidade de observar esta práxis praticamente diária e concluí que a referenciação para o profissional especializado na área de competência, é a que melhor responde à garantia da qualidade dos cuidados, constituindo uma mais-valia para a comunidade (uma vez que esta vê solucionado o problema que desencadeou mal-estar).

Em adição, também tive oportunidade de assistir a uma reunião de ECCI onde se divulga, o estado de evolução de cada utente a quem a Equipa presta cuidados. Após debate com todos os membros da Equipa é traçado um projeto de intervenções que visa alcançar a reabilitação holística dos utentes. Esta gestão de cuidados é realizada, geralmente, com uma periodicidade mensal. Contudo, pode ser realizada com mais frequência caso exista essa necessidade.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A construção da identidade profissional é fundamental. Esta é construída pela interação e significado que o enfermeiro confere a estas interações, bem como as aprendizagens e desafios profissionais vivenciados (Albuquerque, 2021).

Albuquerque (2021, p.135) depreendeu que a

“construção da identidade profissional ocorre no cruzamento do desejo pessoal, da trajetória pessoal e profissional, nas inter-relações pessoais e profissionais, na autoaceitação dos limites pessoais e profissionais, no reconhecimento das

capacidades pessoais, na capacidade de reconciliação e no saber lidar com as frustrações e sentimentos de impotência.”

Para a ocorrência deste processo, a mesma autora identificou diversos fatores facilitadores e dificultadores. Como facilitadores destaco alguns como a experiência profissional anterior, disponibilidade da equipa, experiência do enfermeiro orientador e formação teórica e, como dificultadores, a inexperiência na área e duração insuficiente do estágio (Albuquerque, 2021).

Em concordância com a autora, no decorrer do estágio senti que a experiência dos enfermeiros orientadores e a disponibilidade das equipas, que tive oportunidade de integrar, constituíram-se como facilitadores para o meu crescimento profissional enquanto EEESCSP.

Porém, uma vez que a minha experiência profissional até à atualidade incidiu nos Cuidados de Saúde Diferenciados, nomeadamente, em contexto hospitalar, identifiquei que a inexperiência na área de Cuidados de Saúde Primários (uma área bastante específica) e a duração total do estágio representaram causas dificultadoras do meu desenvolvimento profissional na área.

A formação teórica, por sua vez, fornece instrumentos e conhecimentos, que promovem o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, imprescindíveis para que o profissional atue com base no pensamento crítico e como transformador da sua prática e contexto em que se insere (Alves, 2014).

Assim, procurei desenvolver as competências propostas neste domínio que, de acordo com o Diário da República (2019a, p. 4 749), consistem em “desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade [e basear a minha] práxis clínica especializada em sólido e válidos padrões de conhecimento.”

A reflexão da prática de cuidados promoveu o crescimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento desta competência. Através de pesquisa bibliográfica, dos conhecimentos adquiridos no plano de estudos teórico ministrado nas aulas e do conhecimento proveniente da experiência profissional dos orientadores.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Diário da República (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública deve reger-se por quatro competências específicas que, ao serem desenvolvidas, ampliam a sua consciência crítica. O enfermeiro especialista

é o elo impulsionador para que a população trabalhe em conjunto para atingir objetivos comuns: melhorar o estado de saúde e qualidade de vida (Anderson & MacFarlane, 2019).

Neste subcapítulo encontram-se explanadas as reflexões das competências específicas desenvolvidas ao longo do estágio, enquadradas no respetivo domínio.

3.2.1. Estabelece, com Base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a Avaliação de Saúde de uma Comunidade

O ano de 2020 tornou-se um marco histórico mundial. A rápida propagação de COVID-19 despoletou um momento sem precedentes: uma realidade de especulação, de incertezas e de emergência em Saúde.

A *World Health Organization* (WHO) declarou, a 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo vírus Sars-CoV-2 constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A 11 de março de 2020, a COVID-19 foi então caracterizada como uma pandemia (WHO, 2020).

Podemos afirmar que a pandemia canalizou o foco de atenção para a Saúde Pública, o que destacou a necessidade de enfermeiros especialistas, nesta área.

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem o potencial para desenvolver relacionamentos além do indivíduo. Esta promove a saúde, envolvendo os membros da comunidade numa locomotiva que se desloca graças a esforços colaborativos. Para isso, é necessário planear, priorizar e intervir, construindo projetos de intervenção direcionados aos problemas identificados pela comunidade e pelos profissionais de saúde (Anderson & MacFarlane, 2019).

Começando por esclarecer alguns conceitos na área de intervenção comunitária, a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem como uma das competências centrais o processo de planeamento em saúde (Melo, 2020a).

Assim, o enfermeiro especialista, tendo por base o planeamento em saúde, deve identificar, no contexto de um programa ou projeto de intervenção comunitária que pretende desenvolver ou se encontra em desenvolvimento, qual a área de intervenção ou foco central. Deve começar por uma revisão da literatura sobre a problemática a abordar e garantir que os dados que colhe permitem corresponder à evidência sobre o assunto (Melo, 2020a; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A pandemia por COVID-19 veio agravar as condições de trabalho, criando uma exigência sobre-humana nos profissionais de saúde, com especial foco, nas equipas de Enfermagem.

Os profissionais de saúde são os principais responsáveis pelo combate direto da COVID-19. Perante inúmeros fatores stressores como a sobrecarga de trabalho, intensidade do ritmo de trabalho, dotações inadequadas e as flutuações constantes de organização e gestão exigentes do ambiente de trabalho geradoras de insegurança na prestação de cuidados, podem gerar um impacto negativo, direta ou indiretamente, na saúde física e bem-estar destes profissionais (DGS, 2021; Garbin, 2022).

Por isso, estes devem de ser considerados no planeamento e concretização de estratégias específicas para os minorar, visando garantir a segurança destes profissionais e, conseqüentemente, assegurar o funcionamento pleno das Instituições de Saúde e o atendimento permanente dos utentes (CNECV, 2020).

Podemos então afirmar que o contexto pandémico por COVID-19 se traduziu em inúmeros fatores stressores possivelmente desencadeadores de um desequilíbrio.

Os cuidados de enfermagem procuram intervir num possível desequilíbrio. Através da interação com o cliente e da potencialização dos seus recursos, objetiva-se atingir o novo equilíbrio do seu sistema. Esta intervenção é defendida por Neuman (2011), inicialmente, quando se suspeita ou se identifica um stressor.

Neste sentido, após *brainstorming* com os enfermeiros orientadores, Nuno Barreta e Joaquim Pereira – enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária – suspeitou-se que a prestação de cuidados de enfermagem em contexto pandémico por COVID-19 revelasse ser um fator stressor para a saúde dos enfermeiros do ACES Médio Tejo.

Deste modo, decidiu-se canalizar o estudo para os enfermeiros e não para a comunidade de Alcanena, visando primeiro cuidar de quem cuida, favorecendo a continuidade de prestação de cuidados de qualidade.

As conseqüências na saúde do trabalhador, a longo prazo, podem ser psicossociais (a nível emocional, cognitivo, comportamental e relacional) e fisiológicas e físicas (a nível das lesões musculoesqueléticas (LME), doenças cardiovasculares, entre outras) (DGS, 2021).

As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) são o problema de saúde ocupacional mais prevalente e dispendioso na população trabalhadora, representando 40% dos custos de saúde relacionados com o trabalho em todo o mundo (DGS, 2021).

Por esse motivo optou-se por realizar um estudo que visa responder à questão de investigação: “Qual a eficácia de um Projeto de Intervenção Comunitária para promover a

melhoria da saúde dos enfermeiros do ACES Médio Tejo, em contexto pandémico por COVID-19?”

Para além deste resultado, verificou-se que a maioria da amostra (n=12; 92%), nos últimos 12 meses, apresentou sintomatologia associada a LMERT, em pelo menos um local do corpo.

Neste caso, a intervenção de enfermagem é, claramente, pertinente. Assim, determinaram-se e priorizaram-se os diagnósticos de enfermagem e conclui-se que, em primeira instância, a atenção de enfermagem deve incidir no diagnóstico de enfermagem: “Função do sistema musculoesquelético comprometida”. De acordo com o referencial teórico de Betty Neuman, este se reflete na rotura da linha normal de defesa, justificando a intervenção primária, secundária e terciária.

Assim, foi desenvolvido o projeto “LMERT/OUT”, que tem como finalidade melhorar a saúde e qualidade de vida dos enfermeiros do ACES Médio Tejo, ao prevenir a incidência de LMERT.

Imperatori & Giraldes (1993, p. 129) afirmam que o projeto “é uma atividade que decorrerá num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribuí para a execução de um programa.”

Partindo de uma motivação e investimento de índole pessoal e profissional, enquanto enfermeira sensibilizada para a importância da compreensão holística da comunidade, o projeto “LMERT/OUT insere-se neste domínio de competências do EEESCSP.

Foi iniciado com a validação de um diagnóstico de enfermagem, seguido da definição de prioridades, formulação de objetivos, seleção de estratégias e desenvolvimento do projeto de acordo com os problemas identificados.

O desenvolvimento do Projeto, permitiu-me tanto cimentar a principal competência específica do EEESCSP, como também ampliou a minha visão sob os Cuidados de Saúde Primários (CSP), que conduziu à mobilização de conhecimentos e saberes que estimularam o desenvolvimento do meu pensamento crítico.

Peixoto e Peixoto (2017, p.136) definem pensamento crítico em enfermagem

“como um processo complexo e multidimensional que engloba a habilidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência, tendo em conta o contexto e uma componente atitudinal,

que incorpora os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional.”

Para crescer, numa determinada área, é necessário o apoio e experiência dos mais experientes. Os enfermeiros orientadores foram os pilares fundamentais do estágio, que permitiram fomentar todas as etapas do planeamento em saúde (de acordo com Imperatori & Giraldes, 1993).

Passo a passo, cada desafio surgido, contribuiu naturalmente para que as competências do EEESCSP adquiridas e desenvolvidas incorporassem o meu crescimento pessoal e profissional.

3.2.2. Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades

O enfermeiro especialista é aquele que lidera projetos comunitários com vista à capacitação de comunidades no alcance da saúde das mesmas. Por esse motivo, integra, participa e proe de à gestão da informação em saúde para os grupos e comunidades (Diário da República, 2018).

Assim, a construção deste projeto de intervenção comunitária, visa promover ganhos efetivos para a saúde dos enfermeiros a exercer funções, nas Unidades Funcionais, do ACES Médio Tejo, bem como, numa perspetiva mais ambiciosa, poder alterar algumas políticas de saúde - ao comprovar a necessidade de capacitar os enfermeiros, conferindo-lhes autonomia para adotarem hábitos de vida saudáveis que melhoram a sua vida pessoal (aos níveis físico e mental) e profissional.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014) deixa claro que o aumento da carga e intensidade de trabalho é suscetível a ter um impacto negativo sobre os estados de saúde e bem-estar dos trabalhadores, podendo contribuir para exaustão profissional.

Por esse motivo, através da capacitação desta comunidade, tornar-se-á possível promover e aumentar a melhoria da saúde e satisfação dos enfermeiros, a produtividade, proatividade e motivação em empoderar comunidades, aumentam simultaneamente.

Para além da proposta do projeto de intervenção, ao longo do estágio tive algumas possibilidades de capacitar grupos, em âmbito de Saúde Escolar.

Segundo a DGS (2017, p.6), a promoção e educação para a saúde “em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis.”

Ao longo do ciclo da vida escolar existem condições de saúde que podem comprometer a aprendizagem e o desenvolvimento adequado e progressivo da criança.

Neste sentido, à Equipa de Saúde Escolar acomete a identificação, avaliação, sinalização e encaminhamento de crianças com algum problema de saúde, envolvendo a criança numa tríade protetora e impulsionadora de melhoria do desenvolvimento, que visa proporcionar a gestão do processo de adaptação da criança e promoção da sua autonomia: os profissionais de saúde, os pais/encarregados de educação/família e a escola (DGS, 2015).

As crianças /jovens que apresentem necessidades de saúde exigem atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde que, por sua vez, devem desenvolver estratégias de intervenção especificamente adequadas a cada caso (DGS, 2015).

Na UCC Olhos de Água tive oportunidade de participar no processo de construção de um Plano de Saúde Individual (PSI), plano de formação e, especificamente, a capacitação das auxiliares da escola de uma criança que foi diagnosticada com Diabetes *Mellitus* tipo 1.

O PSI é um plano concebido pela equipa de saúde escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, de acordo com o plano terapêutico facultado na consulta de especialidade (Diário da República, 2019b).

Nele constam medidas concretas a aplicar perante as intercorrências no controlo da diabetes durante o período de permanência no espaço escolar. Com o intuito de promover o acompanhamento de saúde e bem-estar da criança, os enfermeiros responsáveis pela Saúde Escolar realizam iniciativas de informação e formação sobre a diabetes junto da comunidade escolar: professores, auxiliares e crianças que integram a turma da criança com diabetes.

Neste sentido, planeou-se uma sessão de educação para a saúde (Apêndice B). Priorizou-se o grupo da comunidade escolar a atuar e, em primeira instância, foi possível intervir junto dos auxiliares e professores que têm contacto direto com a criança.

Tendo os objetivos definidos, selecionaram-se as estratégias mais adequadas para o grupo, geriram-se os recursos necessários para a realização da formação e a mesma ocorreu o mais depressa possível, visando permitir à criança com diabetes todos os recursos disponíveis que lhe permitam ter uma vida escolar o mais natural possível – permitindo o desenvolvimento positivo e inclusão através da capacitação e sensibilização do entorno da criança.

Com a participação neste processo, tornou-se perceptível a importância da visão que o EEESCSP desenvolve ao longo do seu percurso profissional: uma visão holística e global, mas com uma perspetiva local (Arias *et al*, 2015).

Dado o contexto de estágio ser vivenciado em pleno contexto pandémico, tive ainda a oportunidade de integrar atividades referentes ao Programa Nacional de Vacinação, através da administração das vacinas da gripe e COVID-19. A inoculação e sensibilização da população permitem a sua capacitação para a aquisição de imunidade de grupo e, por isso, uma consequente diminuição da mortalidade e morbidade associadas a estas doenças.

3.2.3. Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde

De acordo com o Diário da República (2018, p. 19 356), o enfermeiro especialista “participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.”

Em contexto prático, tanto na USP de Mação, como na UCC Olhos de Água tive oportunidade de assistir a algumas reuniões que, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, tiveram como objetivo calendarizar atividades de enfermagem a realizar ao longo do ano letivo nas escolas dos respetivos agrupamentos.

Deste modo, tive oportunidade de compreender que muitas das atividades que possamos articular com professores, por exemplo, têm de ser bem coordenadas de modo a serem bem recebidas, não apenas pelos professores, mas inclusive pelos próprios alunos.

Dado ao teor de algumas atividades a desenvolver com os estudantes (como, por exemplo, a sexualidade e os afetos, no sexto ano de escolaridade), os mesmos necessitam encontrar-se envolvidos num teor letivo semelhante (como, a aprendizagem do corpo humano), para que exista uma adesão superior à realização da atividade. Por este motivo, torna-se vital, existir esta sintonia entre os EEESCSP e os professores/ diretores de turma, para que, ao longo do ano letivo, ocorra um balanço positivo, tanto de saúde como de aproveitamento letivo.

Ao desenvolver o projeto de intervenção comunitário “LMERT/OUT”, que se enquadra na política de promoção de saúde ocupacional do Programa Nacional de Saúde Ocupacional, tive oportunidade de contribuir direta e ativamente para a concretização dos objetivos preconizados no Plano Nacional de Saúde.

3.2.4. Realiza e Cooperar Na Vigilância Epidemiológica de Âmbito Geodemográfico

De 2020 até 2022, dado ao contexto pandémico por COVID-19, o leque da intervenção de enfermagem, na USP Médio Tejo, foi esmagadoramente suspenso, de modo, a dedicar-se exclusivamente à vigilância epidemiológica. Segundo o Enfermeiro Orientador Nuno Barreta, o foco principal dos cuidados de enfermagem converteu-se em solucionar os “bombeirismos” que a pandemia originou. Portanto, na USP, com a suspensão do papel do enfermeiro nas restantes a vigilância epidemiológica tornou-se o cerne da atenção de enfermagem.

Segundo o Diário da República (2018), a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Etimologicamente, “epidemiologia” significa o estudo sobre o que afeta a população (Melo, 2020b). Na realidade, nunca se falou tanto de epidemiologia como nos últimos dois anos. Se antes, era uma ciência oculta, atualmente, dado à pandemia por COVID-19, encontra-se em destaque tanto nos meios de comunicação social como na perceção dos cidadãos, conseguindo alterar o modo como tomamos decisões sobre a nova vida diária.

O EEESCSP, por ser o profissional que conhece os indicadores e determinantes de saúde da população onde se encontra inserido é elo que procede à vigilância epidemiológica por ser o elemento que concebe instrumentos de colheita de dados; sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico; monitoriza os fenómenos de saúde-doença; analisa, interpreta e gere medidas epidemiológicas e utiliza a evidência científica para desenvolver soluções inovadoras para os diversos problemas de saúde pública (Diário da República, 2018).

Em contexto prático, esta competência específica do EEESCSP, foi possível monitorizar as ocorrências de infeções causadas pelo vírus Sars-Cov-2, bem como realizar inquéritos epidemiológicos, no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Segundo o Despacho nº 5855/2014, da DGS (2014, p. 11 660), o SINAVE é

“um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.”

Para além deste sistema, tive oportunidade de entrar em contacto com *Trace COVID-19*, que consiste numa ferramenta de acompanhamento da COVID-19. Esta plataforma foi uma

solução inovadora desenvolvida pela Direção-Geral da Saúde, no contexto da pandemia (SNS, 2020).

Esta gera tarefas automaticamente, que garantem o correto acompanhamento aos utentes em isolamento profilático, bem como a realização da vigilância da situação de cada utente, permitindo ao enfermeiro uma vigilância mais eficaz e eficiente, através da telessaúde, ou seja, é prestado um acompanhamento de saúde por telefone (SNS, 2020).

Considero fulcral salientar que a telessaúde, em plena pandemia, embora se tenha tornado num colete salva-vidas tanto para os profissionais de saúde como para a população em geral – uma vez que permite garantir os cuidados de saúde sem circulação desnecessária de pessoas, - tornou-se também num fator stressor para os profissionais de saúde.

A saúde eletrónica desencadeou uma sobrecarga desmedida nos enfermeiros, sem precedentes. Quando não é possível oferecer a todos os cuidados que cada um necessita e tem direito, a tomada de decisão sobre condutas clínicas em unidades de saúde, que se encontravam sobrelotadas, suscitou dilemas éticos, aos profissionais de saúde, que têm afetado de forma direta a sua saúde mental, tendo já sido registados sintomas de stress pós-traumático, sintomas depressivos, distúrbios do sono, ansiedade, medo, desamparo, raiva, entre outras a curto e a longo prazo (Souza, Pinto Junior, Barros *et al*, 2020).

Através da partilha de experiências que Enfermeiro Nuno Barreta teve ao longo do primeiro ano de pandemia foi possível encarar uma realidade o que os autores, anteriormente mencionados, constataam.

Recordo-me do Enfermeiro Nuno expressar sentir muita pressão de todos o que o rodeavam, por saberem que ele poderia solucionar muitas das situações que lhe eram expostas. Os cuidados de enfermagem, à distância de uma simples chamada telefónica, desencadearam uma bola de neve persecutória sem data de término que, nos picos da pandemia, se tornaram em avalanches de solicitações e de exigência de cuidados de saúde para e da população.

Durante muitos anos, a enfermagem lutou e continua a batalhar por quantificar o trabalho dos enfermeiros. A ICN (2006) refere que os instrumentos existentes, mesmo com atualizações tecnológicas, são incapazes de capturar mais de 40% do trabalho de enfermagem.

Como exemplo simples, a WHO (1998) publica o manual de implementação do *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN). O WISN é um método de cálculo de dotações seguras dos profissionais de saúde, incluindo de enfermeiros. Neste manual encontra-se uma

fórmula muito simples: o rácio necessário é igual à divisão da quantidade de trabalho a realizar por cada profissional de saúde.

Portanto, se cada enfermeiro necessitar de realizar uma teleconsulta que dure, em média 15 minutos por utente, o mesmo enfermeiro apenas consegue em 7 horas de regime laboral, prestar cuidados a, aproximadamente, 28 utentes.

Ao refletir sobre as dotações enfermeiro/utente, e de uma forma simples como demonstrado acima, verifica-se que em pleno pico de pandemia por COVID-19, as dotações não foram seguras.

A dotação para as USP, assume-se segura no rácio 1 enfermeiro para 30 mil habitantes, quando e porque estas 30 mil pessoas não necessitam continuamente de cuidados, em simultâneo. Em plena pandemia por COVID-19, milhares de novos casos positivos eram diagnosticados diária e continuamente e, por isso, milhares de pessoas recorreram a quem pode prestar os cuidados que necessitam: os profissionais de saúde.

Com o aumento da afluência na procura pela Saúde houve necessariamente de ocorrer mudanças de governação clínica, alteração de políticas de Saúde e definição estratégias eficazes de promoção de saúde e prevenção da infeção de modo a dar resposta à população.

Estas medidas exigiram um esforço inédito e incomparável por parte dos enfermeiros, que mostraram uma resiliência incansável, compreensão, dedicação e tempo. Porque se em 7 horas de trabalho, um enfermeiro, em média, prestar cuidados de enfermagem a 28 utentes, fiquemos apenas pela imaginação da quantidade de tempo que foi necessária para abranger toda a População de Portugal e constatar que a mesma sobreviveu à crise sanitária.

4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.10), a Prática Baseada na Evidência define-se como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que importa uma pesquisa e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente em contexto do cuidar.”

Esta vai de encontro à obrigação social da Enfermagem, enquanto arte, profissão e ciência, conferindo e alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento, na Saúde. Assim, sustenta eventuais mudanças que possam ocorrer a nível político, no âmbito da Saúde (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

Denota-se claramente a importância da prática baseada na evidência, uma vez que esta trará benefícios para o futuro da Enfermagem. Inserir a investigação nos ambientes da prática profissional constitui uma mais-valia para o exercício profissional de enfermeiros e uma consequente robustez tanto à classe profissional como à População (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

Comparando a Enfermagem a uma casa, verificamos que alicerces coesos e de qualidade, tais como, compreender e aplicar uma prática baseada na evidência, investigação em enfermagem e melhoria da qualidade clínica e do desempenho enraízam pilares coesos (os quatro pilares da educação) que, por sua vez, suportam, firmemente, um teto: a População.

Ao dotar os mestrandos de conhecimento para aprender durante toda a vida e não somente em contexto académico, potencia-se o enfermeiro a aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, ao longo de todo o seu percurso profissional. Deste modo, permitimo-nos evoluir não apenas como unidade, mas também como comunidade, podendo melhorar políticas de saúde que beneficiará toda a População (Scherer & Scherer, 2012).

Assim, neste capítulo encontra-se descrita a metodologia utilizada para a concretização do Projeto de Intervenção Comunitária, que permitiu fomentar o meu saber na área de Investigação de Enfermagem, no decorrer do estágio.

Fixaram-se os objetivos gerais do estudo, que passam por:

1. Determinar os dados sociodemográficos, clínicos e determinantes da saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo;
2. Avaliar a perceção dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo quanto ao impacto da Pandemia por COVID-19 sobre o seu estado geral de saúde e a incidência das LMERT;

3. Desenvolver um projeto de intervenção de acordo com os resultados obtidos;
4. Intervir junto da população-alvo;
5. Avaliar a eficácia da intervenção proposta.

Este estudo encontra-se, assim, dividido em três fases:

1ª fase: resposta aos objetivos 1 a 3: recrutamento dos participantes voluntários e avaliação dos parâmetros em estudo (aplicação de escalas e questionários);

2ª fase: resposta ao objetivo 4 (intervenção junto dos intervenientes da 1ª fase);

3ª fase: resposta ao objetivo 5 (avaliação da eficácia da intervenção – 5 semanas após a intervenção).

Uma vez que o parecer favorável, solicitado à ARS LVT, para a realização do projeto foi tardia, a limitação do tempo não permitiu realizar as três fases. Por isso, o presente trabalho constitui a primeira fase do estudo (almejando os três primeiros objetivos). Sendo que, a segunda e terceira fases serão continuadas pelos Professores Supervisores e Mestrandos do próximo ano letivo.

O desenvolvimento do mesmo foi baseado no Planeamento em Saúde e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para uma resposta mais eficaz que fosse de encontro às necessidades da população-alvo.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Fortin (2009), a fase conceptual abrange um conjunto de etapas que conduzem à formulação do problema de investigação, sendo um processo de organização e formulação de ideias, relacionadas com um tema, permitindo uma conceção clara e precisa da problemática em causa.

A mesma autora refere que para uma investigação, torna-se imperativo a realização de uma revisão da literatura. Por este motivo e, uma vez que a prevalência Lesões Músculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), nos enfermeiros a exercer funções em contexto de Cuidados de Saúde Primários é um tema escassamente investigado, optei por realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RSI) com o intuito de compreender que artigos tinham sido publicados relativamente a este tema, em específico, e deparei-me com 6 artigos, que incluí na RSI (Apêndice C).

Perante o referido, o enquadramento teórico assume um papel importante na execução de um trabalho de investigação, na medida em que a sua finalidade é criar o suporte teórico da temática abordada permitindo, desta forma, a compreensão dos conceitos em estudo.

Assim, a RSI realizada contribuiu como suporte teórico justificativo para a concretização do enquadramento teórico.

4.1.1. Qualidade de Vida no Trabalho

A noção que determinadas profissões podem induzir doença não é recente. Na realidade, em 1700, há cerca de 323 anos, Bernardino Ramazzini, considerado o pai da Medicina Ocupacional, considerava que o trabalho em condições climatéricas adversas e em ambientes mal ventilados poderiam estar na génese de doença e, por esse motivo, aconselhava períodos de repouso, exercício e posturas corretas – recomendações ainda flagrantes atualmente (DGS, 2008).

Os indivíduos adultos passam grande parte do seu tempo no trabalho, sendo primordial promover a saúde e segurança no espaço laboral.

Um ambiente laboral saudável passa pela minimização ou eliminação da exposição a fatores de risco, pela promoção da qualidade de vida no trabalho e pelo alcance de elevados níveis de “conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social de todos os trabalhadores” (DGS, 2018, p.4).

Reconhecendo que o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável, prevenção de novos e emergentes riscos profissionais são um direito fundamental de todos os trabalhadores surge o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) (DGS, 2018).

A Saúde Ocupacional tem por finalidade “a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador” (DGS, 2018, p. 4). Esta promove ambientes de trabalho saudáveis através da avaliação, identificação e controlo de riscos inerentes a cada local de trabalho (DGS, 2018).

A qualidade de vida no trabalho pode ser promovida através da facilitação e satisfação das necessidades do trabalhador ao desenvolver as suas atividades no ambiente laboral, tendo como pressuposto principal que as pessoas são mais produtivas quanto mais satisfeitas e envolvidas no trabalho estiverem (DGS, 2018).

Assim, as doenças profissionais constituem uma das grandes preocupações para os serviços de gestão de recursos humanos bem como para os serviços de segurança e saúde no trabalho, por terem uma dimensão individual e social com custos elevados (Serralheira & Sousa-Uva, 2015).

A nível global atribuem-se cerca de 2.78 milhões de mortes atribuídas ao trabalho, anualmente, representando uma mortalidade relacionada com o trabalho de 5% do total de mortes globais (Hämäläinen, Takala & Boon Kia, 2017).

A maior parcela da mortalidade atribuída ao trabalho está relacionada com doenças ligadas ao trabalho. O seu número estimado (aproximadamente, 2.4 milhões de mortes, das quais 200 000 mil, na Europa) excede, em muito, a soma do número de acidentes de trabalho e as mortes que resultam dos mesmos. Após as doenças circulatórias, neoplasias malignas e doenças respiratórias, as lesões profissionais são as que mais contribuem para a mortalidade total relacionada com o trabalho (Hämäläinen, Takala & Boon Kia, 2017).

Estima-se que os dias de trabalho perdidos, a nível global, representam aproximadamente 4% do PIB mundial, atingindo os 6%, ou mais, em alguns países (Hämäläinen, Takala & Boon Kia, 2017).

A segurança e saúde no trabalho podem desempenhar um papel fundamental para o desenvolvimento sustentável, contribuindo para que sejam alcançados os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nomeadamente, o objetivo de Desenvolvimento Sustentável (que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, de todas as idades) e o objetivo de Trabalho Digno e Crescimento Económico (que visa promover um crescimento económico inclusivo e sustentável, emprego e trabalho digno para todos).

4.1.2. As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

Segundo a DGS (2008,p.9):

“as Lesões Musculoesqueléticas (LME) podem afectar diferentes partes do corpo, como, por exemplo, o ombro e o pescoço; o cotovelo, a mão e o punho; o joelho e a coluna vertebral. São síndromes de dor crónica que ocorrem no exercício de uma dada actividade profissional e, por isso, se designam “ligadas [ou relacionadas com o] ao trabalho.”

No Mundo, a OMS (2022), evidencia que uma análise de dados realizada em 2019, pelo *Global Burden of Disease*, concluiu que 1.71 bilhões de pessoas vivem com LME, nomeadamente, lombalgia, cervicalgia, fraturas, osteoartrite, amputação e artrite reumatóide. Para além disso, foram as que mais contribuíram para a incapacidade global representando aproximadamente, 17% da População.

Estas lesões representam graves repercussões económicas, laborais e sociais, isto é, limitam significativamente a mobilidade e a destreza, levando ao absentismo precoce do trabalho bem como a perda do mesmo (cerca de 3,9% no Mundo/ano e 3,3% na União Europeia/ano), níveis baixos de bem-estar e capacidade reduzida de participar na sociedade (OMS, 2022).

Na União Europeia, as LMERT constituem um grave problema de saúde ocupacional, sendo o grupo de doenças profissionais mais prevalente, uma vez que, três em cada cinco trabalhadores apresentam queixas características deste tipo de lesões (APSEI, 2021). Para além disso, em alguns países europeus, os encargos com este tipo de lesões situa-se em cerca de 0,5 a 2 % do produto nacional bruto (DGS, 2008).

Em Portugal, os dados relativos a prevalência das LMERT são escassos devido à inexistência de referenciação, o que conduz à subestimação da sua prevalência na população ativa e na população em geral. (CGTP-IN, s/d). Por isso, não nos permite conhecer, com rigor, a sua importância, a nível Nacional.

Contudo, em 2009, foi realizado o primeiro estudo epidemiológico, em Portugal, sobre a prevalência das LMERT: o *Prevalence of Rheumatic Occupational Diseases Study*. Este representou 11% da população trabalhadora, em Portugal, e indicou que, em 2009, aproximadamente 5,9% dos trabalhadores (24 269 casos) apresentavam este tipo de lesões (Cunha-Miranda, Carnide e Lopes, 2010).

A sintomatologia característica das LMERT engloba dor (maioritariamente localizada, mas também irradiada), parestesias no local afetado ou próximo do mesmo, sensação de peso, fadiga ou desconforto localizado e sensação de perda ou mesmo perda de força. Geralmente, os sintomas surgem gradualmente, agravam no final do dia de trabalho ou picos de produção e aliviam com as pausas, repouso e nas férias (DGS, 2008).

Caso as situações clínicas evoluam para a doença crónica, podem surgir também edema da zona afetada e hipersensibilidade a qualquer estímulo, como, por exemplo, o toque, o esforço (mesmo ligeiro) ou as diferenças de temperatura (DGS, 2008).

Os locais mais afetados pelas LMERT consistem na região cervico-dorso-lombar, ombros, membros superiores (mão/punho, cotovelo) e membros inferiores (bacia, joelhos, pés) (DGS, 2008; EU-OSHA, 2019; APSEI, 2021).

Existem vários fatores de risco associados às LMERT. Estes definem-se como algum fator, relacionado com o trabalho, que pode provocar um efeito adverso no trabalhador. A exposição a determinado fator poderá, eventualmente, causar lesão ou doença. Portanto, o risco de LMERT iguala-se à exposição ao fator de risco multiplicado pela duração, intensidade e/ou frequência com que ele ocorre (DGS, 2008).

Se a exposição aos factores de risco se mantiver, “os sintomas, que inicialmente são intermitentes, tornam-se gradualmente persistentes, prolongando-se muitas vezes pela noite, mantendo-se mesmo nos períodos de repouso e interferindo não só com a capacidade de trabalho, mas também, com as actividades do dia-a-dia” (DGS, 2008, p.12).

Apesar dos inúmeros fatores de risco que possam existir, associados a cada setor profissional, estes podem ser agrupados em quatro grupos: individuais, relacionados com a atividade de trabalho (também chamados físicos, biomecânicos ou ergonómicos), organizacionais ou psicossociais e socioeconómicos e culturais (Miranda & Dias, 1999; DGS, 2008; APSEI, 2021).

Enquanto os fatores de risco individuais encontram-se relacionados com a idade, sexo, características antropométricas e situação de saúde, os fatores relacionados com o trabalho incidem nas posturas corporais, repetitividade, aplicação de força e exposição a elementos mecânicos. Já os fatores de risco organizacionais/psicossociais remetem, por exemplo, para ritmos intensos de trabalho, monotonia das tarefas, insuficiente suporte social e modelo de organizacional de produção. Por fim, os fatores de risco socioeconómicos e culturais subsistem no receio de desemprego, redução das remunerações, ausência de desenvolvimento pessoal e deteriorização das condições de vida, por exemplo (Miranda & Dias, 1999; DGS, 2008, APSEI, 2021).

Geralmente, quando um tipo de fator de risco se combina com outro (ou mesmo existindo um concílio entre os quatro), potenciam o risco de LMERT (APSEI, 2021).

Porém, este tipo de lesões pode ser prevenido e reduzido caso sejam implementadas medidas preventivas, tais como horários flexíveis, ajuste de tarefas, disponibilização de equipamento ergonómico adequado à consecução das atividades laborais e desenvolvimento de uma política para melhorar a organização do trabalho (EU-OSHA,2019; APSEI, 2021).

Neste sentido, a União Europeia tem desenvolvido diversas campanhas que visam reduzir as lesões relacionadas com o trabalho, como é exemplo a campanha da União Europeia “Não vires as costas às lesões músculo-esqueléticas,” em 2000; a campanha “Mais carga não,” em 2007, desenvolvida pela *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA) e a campanha “Locais de trabalho saudáveis: Aliviar a carga 2020-2022,” em 2020, igualmente pela mesma agência.

Em Portugal, a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), desenvolve, desde 2010, campanhas de sensibilização relativas à saúde e segurança no trabalho.

4.1.3. As LMERT nos Enfermeiros a exercer funções em contexto de CSP

Em 2019, Castelôa *et al.*, realizaram uma revisão integrativa da literatura relativa à prevalência das LMERT dos enfermeiros. Nesta incluíram 21 artigos que abrangiam um total de 28 036 enfermeiros, de diferentes países e inseridos em contextos laborais muito diversificados. Conclui-se que as LMERT constituem uma realidade evidente desta classe

profissional, com uma elevada prevalência e com maior destaque nas lesões na região lombar.

Embora a escassez de estudos em Portugal, tornou-se perceptível que existe uma elevada prevalência de LMERT nos enfermeiros, a nível Mundial (Castelôa *et al*, 2019).

Os Enfermeiros, derivado ao seu espetro alargado competências e atividades, são o grupo profissional da área da saúde mais afetado a nível da saúde e segurança no trabalho (Ribeiro, 2013).

Encontram-se expostos a riscos físicos, biológicos, químicos, psicossociais e ergonómicos, que submetem estes profissionais para o desenvolvimento de LMERT (Santos & Almeida, 2016).

Estas patologias apresentam um forte impacto no que toca ao absentismo, presenteísmo e decréscimo de produtividade afetando, assim, a saúde e a qualidade de vida dos enfermeiros influenciando diretamente o seu desempenho e indiretamente a qualidade dos cuidados que prestam aos utentes (Ribeiro, 2013).

O *U.S. Bureau of Labor Statistics*, em 2018, publicou um artigo que examinou a prevalência de lesões e doenças ocupacionais não fatais em enfermeiros a exercer funções em contexto de Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados, onde concluiu que e a maioria das lesões ocorreram em contexto hospitalar (Dressner & Kissinger, 2018).

Por este motivo, inúmeros estudos são realizados com o intuito de investigar a elevada morbidade por LMERT em enfermeiros que exercem funções, maioritariamente, em contexto Hospitalar.

Contudo, no caso das LMERT, a importância dada às repercussões destas lesões não é a mesma para os enfermeiros que exercem funções na área hospitalar e em CSP. Mesmo existindo conhecimento de que os enfermeiros de CSP também detêm problemas musculoesqueléticos ligados ao trabalho, como a área hospitalar é percecionada como mais problemática é, por isso, mais valorizada quando comparada com os CSP (Ribeiro, 2013).

Em 2017, foi publicado um estudo para identificar a prevalência de LMERT em enfermeiros de CSP. O estudo revelou que, assim como em outras áreas da prática de enfermagem, os enfermeiros de CSP também se encontram expostos a fatores de risco que aumentam as LMERT, nomeadamente as posturas pouco adequadas e extremas mantidas por longos períodos de tempo e a sua repetitividade (Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017).

O estudo foi realizado a 409 enfermeiros de CSP, sendo que 89% da amostra apresentou sintomas de LMERT. A maioria da amostra era do sexo feminino e a região lombar foi a

mais prevalente (63,1%), seguida da região cervical, dorsal, ombros e punho/mão (Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017).

Corroborando os dados acima apresentados, em 2021 foi realizado outro estudo a 116 enfermeiros de CSP. Verificou-se, novamente a predominância do sexo feminino (56%) e a elevada prevalência de LMERT quando comparadas com as lesões do foro psicológico ou social (Medeiros et al., 2021).

No estudo acima referido, alguns dos sintomas identificados pelos enfermeiros como principais causas para o absentéismo foram classificados como críticos: dores no braço e, como graves: cefaleia, dores nas pernas, dores nas costas e no corpo (Medeiros et al., 2021).

A atividade profissional do enfermeiro de CSP prende-se com as consultas de vigilância de saúde (dando resposta aos Programas de Saúde Nacionais Prioritários), tratamento de feridas, visitação domiciliária, entre outras atividades de promoção de saúde. Diariamente estes profissionais desempenham um papel repleto de intervenções bastante diversificadas, que exigem competências e habilidades extrema e igualmente diversificadas. Estes fatores desencadeiam *stress* que, aliado ao baixo rácio de enfermeiros por população, contribuiu majormente para a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética (Farias & Zeitoune, 2005, cit. por Ribeiro, 2013).

Durante procedimentos como a monitorização da tensão arterial e glicémia, realização de tratamento à pessoa com ferida ou preparação e/ou administração de injetáveis, estão inerentes alguns fatores de risco relativos às LMERT, como a repetitividade e/ou posturas fisiologicamente inadequadas e desajustadas (Farias & Zeitoune, 2005, cit. por Ribeiro, 2013). Importa referir que grande parte do tempo de trabalho dos enfermeiros de CSP é passado ao computador, pelo que as condições desajustadas do ecrã, da secretária, da cadeira, entre outras, são fatores ergonómicos extremamente importantes, uma vez que podem constituir um risco igualmente preocupante (Ribeiro, 2013).

Quando os cuidados passam a ser prestados no domicílio dos utentes, o risco de aparecimento de LMERT aumenta. Dado o cenário improvável que é possível encontrar na casa dos utentes: má ou falta de organização do espaço, mobiliário desajustado, iluminação desadequada e/ou camas não articuladas, o enfermeiro de CSP tem alta probabilidade de contrair uma lesão musculoesquelética (Alexopoulos, Burdorf & Kaleokerinou, 2006; Smith & White, 1993, cit. por Ribeiro, 2013).

Uma vez verificado que a maior sintomatologia das LMERT em enfermeiros, tanto dos CSP como dos Cuidados de Saúde Diferenciados, é a dor lombar é, por isso, um fator

considerado alarmante. Em 2018, foi elaborado um estudo específico sobre a prevalência da dor lombar e fatores associados à mesma a 89 enfermeiros de CSP. 65,2% da amostra (que, mais uma vez, era maioritariamente do sexo feminino) apresentaram dor lombar nos últimos 12 meses, sendo que 22,4% são referentes a dor lombar crónica (Pinto, 2018).

Conclui-se que a prevalência da dor lombar, para além de ter sido elevada na amostra, mostrou-se similar aos valores encontrados em ambiente hospitalar. Desta forma, espelha-se que os enfermeiros de CSP também são altamente afetados por esta morbilidade, gerando um grau de incapacidade progressivo, que conduz, por sua vez, ao aumento do absentismo (Pinto, 2018).

4.1.3.1. COVID-19 e as LMERT nos Enfermeiros de CSP

O absentismo é um tema transversal de grande relevância. De acordo com Cunha *et al* (2010), a definição mais simples e consensual de absentismo: ausência inesperada de um trabalhador do seu local de trabalho.

O aumento descontrolado de absentismo reflete as condições de trabalho e de saúde dos profissionais e, este facto, pode agravar em momentos de pandemia (ou quaisquer outros desastres), uma vez que afeta diretamente a saúde dos trabalhadores (Cunha *et al*, 2010).

Compreender os motivos que afastam os trabalhadores por doença torna-se vital, principalmente em contexto de CSP, que ficaram responsáveis pela triagem e monitorização dos casos menos graves da COVID-19.

Assim, no Brasil, foi realizado um estudo, neste âmbito, com o objetivo de identificar a prevalência de ocorrência de absentismo, nos enfermeiros de CSP, nos anos de 2019 e 2020, verificando assim se a pandemia trouxe impacto para o absentismo laboral, nesta classe profissional (Garbin *et al*, 2022).

O estudo foi realizado a um total de 977 profissionais de saúde (maioritariamente indivíduos do sexo feminino) e verificou-se que aproximadamente 65% utilizaram atestado médico para justificar a ausência no trabalho, em 2019 e cerca de 86%, em 2020 (Garbin *et al*, 2022).

Os motivos do absentismo que apresentaram maior prevalência, em 2019, foram as lesões e doenças musculoesqueléticas (19,1%). Em 2020, refletiu-se o panorama (15,2%). Assim, os achados apontam que os profissionais de saúde que, durante a pandemia, estiveram em contacto direto com o utente foram os que maior percentagem de absentismo sofreram (Garbin *et al*, 2022).

A pandemia por COVID-19 teve impacto nos profissionais de saúde, uma vez que contribuiu para despoletar e/ou agravar as LMERT que, por sua vez, conduziram ao absentismo

laboral. Enfatizando a importância das condições de trabalho e proteção da saúde destes profissionais de CSP, promoverá a mitigação do absentismo (Garbin *et al*, 2022).

Durante a pandemia, a vacinação contra Sars-Cov-2, despoletou uma pressão eminente sobre a Enfermagem. Repentinamente, os enfermeiros tornaram-se responsáveis pela entrega da luz ao fundo do interminável túnel, que era a pandemia, a Portugal.

A sobrecarga geral de trabalho, condições ergonómicas das salas de vacinação, vigilância dos utentes vacinados, longas jornadas em pé, escassez e rotatividade de profissionais são alguns dos riscos que aumentam a prevalência de LMERT dos enfermeiros de CSP (prevalência esta, que se destacou em dois locais corporais: região cervico-dorso-lombar e pernas) (Fonseca E. C. *et al*. (2020).

A vacinação veio diminuir o absentismo dos profissionais de saúde, por COVID-19. Contudo, veio aumentar o presenteísmo deste grupo (Barros *et al*, 2022).

O presenteísmo define-se como ato do trabalhador comparecer no local de trabalho, mesmo estando doente (física, psicológica ou emocionalmente), não cumprindo a totalidade da suas tarefas e/ou não as executando adequadamente e, por isso, menos capacitado para ser produtivo (Costa *et al*, 2021).

Daniel (2020), concretizou uma investigação que verificou que 83,1% dos profissionais de saúde prestavam cuidados enquanto doentes. Destes, 95,3% reconheceram que o presenteísmo coloca os utentes em risco e influencia a qualidade dos cuidados prestados. Em adição, 98,7% relataram que continuavam a ir trabalhar para evitar a sobrecarga dos colegas.

Posto isto, a pandemia exigiu de todos uma capacidade de resiliência e adaptação rápida às alterações de saúde, sociedade e política. Especificamente na saúde, foram exigidos dos profissionais de saúde uma adaptação a um novo ambiente de trabalho, mais horas de trabalho, menos recursos humanos e menos recursos materiais. Isso trouxe consequências a nível físico, psicológico e emocional (Santos, Conceição & Ferreira, 2021).

A abordagem do fenómeno do presenteísmo, associado às LMERT dos profissionais de saúde é ainda uma temática pouco estudada e com evidência científica pouco fundamentada. Contudo, constata-se que é um fenómeno que pode ser catastrófico ao nível da sua sustentabilidade, uma vez que acarreta custos, muito elevados, tanto para os profissionais de saúde como para as Instituições de Saúde (e, conseqüentemente, o Estado), pela diminuição da produtividade em quantidade e qualidade, evoluindo progressivamente para o aumento do absentismo (Joaquim *et al*, 2020).

4.1.3.2. Tratamento e/ou Prevenção das LMERT

A prevenção das LMERT é uma preocupação transversal a todas as atividades profissionais.

Alguns autores recomendam ações preventivas em relação às LMERT, para alcançar uma melhor qualidade de vida. Estas passam por alternar períodos de maior ou menor esforço muscular e tarefas que exijam maior ou menor esforço, evitar movimentos repetitivos, evitar ficar em posição estática por um período de tempo prolongado, adotar medidas e equipamentos ergonomicamente corretos, evitar flexão da coluna vertebral, fazer intervalos com frequência na jornada de trabalho, reduzir a velocidade e a força compressiva dos instrumentos manuais, evitar luvas apertadas no punho, utilizar meias de compressão para evitar varizes e adotar uma rotina diária de exercícios de relaxamento e manutenção de amplitude de movimento articular, uma vez que aliviam a dor e a tensão muscular, por exemplo (Araújo, 2003; Valachi & Valachi, 2003).

Embora a prevenção seja sempre a melhor medida a ser adotada para evitar doenças musculoesqueléticas, uma vez que seja diagnosticada, importa tratar este tipo de doenças.

O tratamento das LMERT exige a implementação de algumas medidas tais como o afastamento da atividade de esforço repetitivo, toma de medicação analgésica e anti-inflamatória, fisioterapia (para que ocorra reabilitação e reforço muscular) e estipuladas medidas preventivas, pelo gestor do local de trabalho, de modo a proporcionar uma mudança do estilo de vida do trabalhador, que o potenciará a melhorar a sua qualidade de vida (Chiavegato & Pereira, 2003).

Salienta-se que Ribeiro (2013) conclui existir uma relação entre o absentismo e a prática de atividade física, uma vez que mostrou existir um menor absentismo nos enfermeiros que praticavam atividade física.

A ginástica laboral é definida como atividade de prevenção e compensação, promovendo, deste modo, a saúde, a melhoria das condições de trabalho, uma maior rentabilidade e produtividade e, conseqüente, redução de custos associados à saúde dos trabalhadores (Mendes, 2001).

Diversos autores defendem que a ginástica laboral pode ser classificada em três tipos: ginástica de aquecimento (ou preparatória), ginástica compensatória (ou de pausa) e ginástica de relaxamento (ou final da jornada de trabalho) (Zilli, 2002; Lima, 2004; Lima, 2007).

Segundo os mesmos autores, a ginástica, ao ser praticada antes da jornada de trabalho, visa ativar fisicamente o organismo, melhorando o nível de concentração e disposição. Durante a jornada de trabalho, interrompe a monotonia operacional, compensa os esforços repetitivos e melhora a postura no trabalho. E, no final da jornada, os exercícios de relaxamento muscular e alongamentos têm o intuito de eliminar tensões geradas no trabalho e reduzir a fadiga.

Deste modo, estas três fases, ao serem incorporadas ao longo da jornada de trabalho, traduzem-se em benefícios tanto físicos como psicológicos, tais como, a melhoria da ativação neuromuscular, respiração, equilíbrio, circulação sanguínea e oxigenação muscular, postura, flexibilidade, agilidade, força, resistência muscular, coordenação motora, ânimo e disposição para o trabalho, prevenção da fadiga, LMERT e pressão intra-articular.

Para além de atuar a nível físico e psicológico incide, consequentemente, a nível social, promovendo o espírito de equipa, socialização e integração social (Zilli, 2002; Lima, 2004; Lima, 2007).

4.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é a racionalização no uso de recursos escassos com vista a atingir os objetivos traçados, no sentido de reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este deve ser entendido como um processo dinâmico e contínuo, pois não se pode considerar nunca que uma etapa do processo de planeamento como plenamente concluída. Na fase seguinte, será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a aprimorá-la (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deste modo, o Planeamento em Saúde baseia-se nas seguintes etapas (Imperatori & Giraldes, 1993):

- 1 – Diagnóstico de Situação
- 2 – Definição de Prioridades
- 3 – Fixação de Objetivos
- 4 – Seleção de Estratégias
- 5 – Elaboração de Projetos e Programas
- 6 – Preparação da Execução
- 7 – Execução
- 8 – Avaliação

4.2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação integra a primeira fase do Planeamento em Saúde.

Nesta fase são identificados os problemas e determinam-se as necessidades de saúde. Este deve ser claro, rápido, sucinto, alargado e aprofundado. As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico e são definidas pelo conjunto de problemas reais, expressas e sentidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

De modo a conhecer as necessidades de saúde da população, tem de se conhecer primeiramente a população e o meio envolvente. Para tal, fiz uma breve caracterização dos locais de estágio, demonstrando compreender melhor o seu entorno e características da localidade (que se encontra no primeiro capítulo).

Tavares (1990), refere que nesta etapa há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade.

Problema consiste num estado de saúde julgado como deficiente pelo próprio utente, médico ou comunidade e, por sua vez, necessidade considera-se a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir (Tavares, 1990). No fim desta fase deverão definir-se os principais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

De seguida, apresento os passos percorridos para a execução do Diagnóstico de Saúde, tais como: definição da população-alvo e amostra, definição do instrumento de colheita de dados e apresentação e análise dos dados.

4.2.1.1. População-Alvo e Amostra

Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas, que têm características em comum. Desta forma, a população-alvo definida para a elaboração deste projeto de intervenção comunitária concerne em todos os enfermeiros a exercer funções em contexto de CSP, em cinco unidades funcionais do ACES Médio Tejo, nomeadamente na UCC Olhos de Água, UCSP de Alcanena, UCC de Ourém e Fátima e UCSP de Mação, perfazendo um total de 42 enfermeiros (n=42) (BI-CSP, 2022).

A amostra, por sua vez, consiste no subgrupo da população da qual se recolhem dados, ou seja, são elementos que pertencem à população, mas que participam efetivamente no estudo (Fortin, 2009).

Assim, a amostra do diagnóstico de situação foi constituída por todos os enfermeiros que responderam ao questionário, ou seja, 13 enfermeiros (n=13), representando cerca de 31% da população-alvo.

O processo de seleção da amostragem foi não probabilística (uma vez que foi selecionada de acordo com um ou mais critérios julgados importantes), tendo uma abordagem de conveniência, uma vez que foi utilizado num grupo de pessoas disponíveis a responder ao instrumento de colheita de dados.

4.2.1.2. Instrumento de colheita de dados

Após definida a população-alvo, foi selecionado o instrumento de colheita de dados que permitiu a realização do diagnóstico de situação (Anexo IV).

A colheita de dados é um processo de observações, de medida e de consignação de dados, visando recolher informações junto dos elementos que participam numa investigação (Fortin, 2009).

A utilização de questionários pode constituir uma importante ferramenta de registo de sinais e sintomas dos trabalhadores baseando-se na informação que poderá ser traduzida em indicadores sobre o aparelho músculo-esquelético e ainda estabelecer relações entre os sintomas e os respetivos locais de trabalho, permitindo assim anunciar o diagnóstico do risco e, se possível, prevenir as LMERT (Serranheira & Sousa-Uva, 2018).

Deste modo, a colheita de dados foi realizada através do instrumento mencionado anteriormente, após devidamente autorizado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria (Paracer n.º CE/IPLEIRIA/47/2020).

O questionário tem como objetivo identificar fatores de risco e prevalência de sintomas de LMERT em enfermeiros, sendo dividido em duas partes. A primeira consiste na caracterização sociodemográfica, caracterização do estado de saúde atual à semelhança do estado anterior à pandemia por COVID-19 e caracterização da aticidade de trabalho.

A segunda parte, concerne num questionário adaptado do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético, traduzida e validada para a população (Mesquita *et al*, 2010), que visa caracterizar o local onde foi percecionada a sintomatologia associada a LMERT, nos últimos 12 meses e 7 dias. Para além disso, considera ainda se esses problemas promoveram para a impossibilidade de concretizar as atividades normais diárias e a dor sentida no caso de ocorrência de um problema, em determinado local do corpo.

Por sua vez, foi realizado um pedido formal, via e-mail, ao Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, que teve parecer favorável (Anexo I).

Antes da colheita de dados tomar o seu curso, consideraram-se os princípios éticos de respeito pelo consentimento informado, livre e esclarecido e pela confidencialidade das informações pessoais, assegurados pela Declaração de Consentimento Informado,

Esclarecido e Livre (Anexo II). De salientar, que as respostas cedidas no questionário apenas serão utilizadas para fins académicos.

Por motivos de prevenção de contágio e de consequente infeção por COVID-19, o consentimento e questionários foram enviados via e-mail, onde a população-alvo teve oportunidade de responder aos questionários, através de um *link* que os encaminhou para o instrumento de colheita de dados, inserido no GoogleForms.

A amostra respondeu ao questionário entre os dias 10 e 23 de Fevereiro de 2023, sendo que os dados obtidos foram colocados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), para posterior tratamento. No anexo III encontra-se a análise estatística dos dados extraídos do SPSS, em tabelas, que permitiram a apresentação e interpretação dos resultados obtidos.

4.2.1.3. Apresentação e Análise de Dados

A apresentação e análise de resultados inclui a colheita de dados, seguida da organização e do tratamento dos mesmos (Fortin, 2009). Em consonância com o referido, passo à interpretação e comunicação dos resultados.

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (n=12; 92%, como se pode observar na tabela 1), com idades compreendidas entre os 44 e os 57 anos de idade e apenas 5 enfermeiros têm Mestrado (39%).

Tabela 1 – Estatística descritiva relativa à variável sexo

	Sexo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	12	92,3	92,3	92,3
	Masculino	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Apresentam um peso entre os 59 e 95 kg (média de 71,6 kg) e altura entre 1,56 e 1,80 m (média de 1,64 m). Portanto, a amostra apresenta um IMC médio de 26,6 kg/m², que nos indica que este grupo se encontra, de acordo com a DGS (2016), em pré-obesidade.

Apenas 5 participantes (39% da amostra) praticam algum tipo de exercício físico, para além da atividade laboral, entre as 2 e 6 horas semanais (média de 4 horas semanais).

Trabalham como enfermeiros, em média, há aproximadamente 26 anos e 10 meses. Contudo, no atual setor (em contexto de CSP), trabalham, em média, há aproximadamente 20 anos e 3 meses.

Em média trabalham cerca de 38 horas semanais, realizando cerca de 2 pausas na jornada diária de trabalho de, aproximadamente, 21 minutos cada.

A maioria da amostra (n=8; 62%) considera que as condições físicas do seu local de trabalho não são adequadas ou asseguram uma boa saúde, nomeadamente, espaço físico, altura ajustável dos equipamentos, aparelhos ou móveis, entre outros. Para além disso, a maioria (n=8; 62%) refere também que o seu trabalho exige algum esforço e 31% (n=4) refere avaliar o seu nível de esforço físico laboral de moderado.

Em 2020, a pandemia por COVID-19 criou um impacto inimaginável, a nível Mundial. A maioria da amostra (n=7; 54%) afirma ter já tido algum teste de resultado positivo, mas todos há mais de 7 meses.

Quando questionada, 15% (n=2) da amostra revela que considerou que o seu estado geral de saúde se deteriorou, nomeadamente, por sentir mais cefaleias, cansaço e dores articulares por períodos, tendo alterado o seu desempenho físico na prática de atividade física.

As doenças mais prevalentes na amostra são hipotireoidismo (n=3; 33%), hérnias discais (n=2; 22%), HTA (n=2; 22%), asma (n=2; 22%), seguida por artrite reumatóide, lordose, anemia, rinite alérgica e tumor da tiróide.

Nesta amostra, foi possível verificar que os participantes que têm mais doenças (três ou mais), não coincidiram com os participantes que referiram que o seu estado de saúde se deteriorou com devido à COVID-19.

Contudo, 100% (n=2) dos participantes que têm asma referem que o seu estado de saúde se deteriorou após a COVID-19, nomeadamente, no que concerne o cansaço. Os participantes que têm asma representaram 50% da amostra que considerou ter mais cansaço após ter testado positivo à COVID-19.

Não obstante, todos os participantes da amostra referem ter recuperado totalmente ou praticamente totalmente a sua saúde após o impacto sofrido pela COVID-19.

No que toca às LMERT, 92% (n=12) da amostra refere ter tipo dor, desconforto ou dormência, nos últimos 12 meses, em pelo menos um local do corpo.

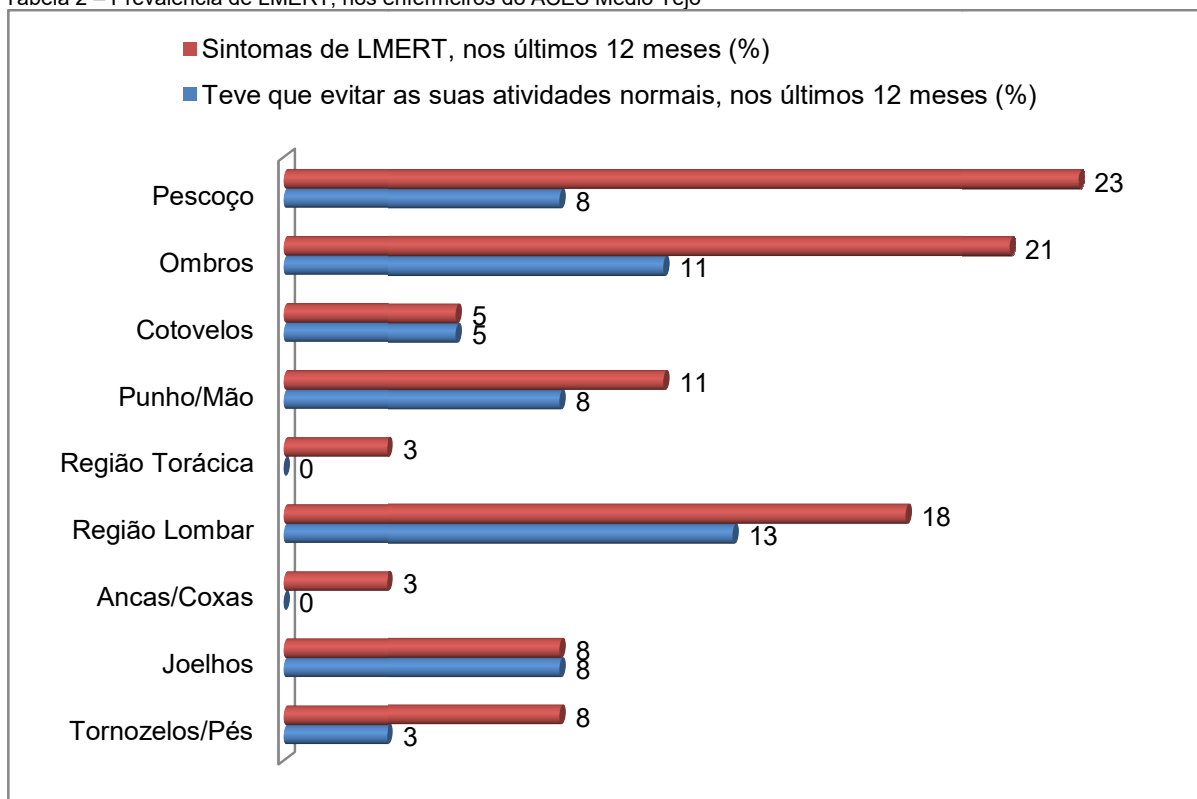
No máximo, 15% (n=2) da amostra refere ter apresentado sintomatologia relacionada com LMERT em seis regiões corporais distintas, nos últimos 12 meses, sendo que foram os participantes que mais evitaram as suas atividades normais: das seis vezes que referiram sintomas de LMERT.

A amostra revela que os sintomas associados a LMERT ocorreram, em média, em cerca de 3 locais do corpo, nos últimos 12 meses.

Porém, importa destacar que se evidenciou uma relação entre a atividade física e a média de quantidade de locais mencionados onde ocorreu sintomatologia associada a LMERT: os participantes que praticam atividade física regular, para além da atividade laboral (n=5; 39%), referiram em média, apenas 2 locais com dor, desconforto ou dormência, nos últimos 12 meses. Ou seja, foi possível observar uma ligeira diminuição – aproximadamente, 33% – da ocorrência de LMERT, a quem realiza atividade física extra-laboral.

Os locais mais prevalentes de dor, desconforto ou dormência são o pescoço (23%), seguidos dos ombros (21%), região lombar (18%), punhos/mãos (11%), joelhos e tornozelos (cada um, 8%), como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência de LMERT, nos enfermeiros do ACES Médio Tejo



Constata-se que 44% da amostra refere sintomatologia de LMERT na coluna vertebral (pescoço, região torácica e lombar).

Ainda de outro ângulo, os sintomas nos membros superiores (pescoço, ombros, cotovelos, punhos/mãos e região torácica) foram mais prevalentes (n=8; 63%) do que nos membros inferiores (região lombar, ancas/coxas, joelhos e tornozelos).

Em consequência, nos últimos 12 meses, aproximadamente, 46% (n=6) da amostra teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos).

A maioria da amostra (cerca de 67%: n=4) que evitou atividades normais diárias encontra-se na condição de pré-obesidade ou obesidade.

Em adição, encontrou-se uma relação entre a quantidade e qualidade das comorbilidades dos participantes com a quantidade de vezes que os mesmos evitaram as suas atividades normais diárias, ou seja, os participantes que mais presenteísmo ou absentismo referiram (n=2; 15%), evidenciam uma maior quantidade de comorbilidades, sendo as hérnias discais um fator comum.

Os locais que mais incapacitaram os enfermeiros foram os cotovelos e os joelhos, uma vez que 100% (n=2) da amostra que referiu sintomatologia nesta região, refere também que evitou as suas atividades normais, sempre que ocorreu a lesão, neste local.

Seguidamente, os punhos/mãos e a região lombar foram as que mais incapacitaram os enfermeiros, respetivamente, 75% e 71%, em cada variável.

Por sua vez, verificou-se que o local mais prevalente (cervical), não foi o que mais incapacitou os enfermeiros (33%), nos últimos 12 meses.

No que concerne à dor, de acordo com a escala numérica, verificou-se que a dor máxima referida (9) está associada à região lombar. Todavia, a média de dor dos nove locais incluídos no questionário aproxima-se de 6.

Sendo que, ao calcular a média de dor de cada local, constatou-se que os locais mais dolorosos são os cotovelos e joelhos, seguidos pelos punhos/mãos, região lombar, ancas/coxas e tornozelos.

Verifica-se assim, que os locais que mais incapacitaram os enfermeiros (cotovelos e joelhos) coincidem com os locais relacionados com maior dor (dor 7).

4.2.1.4. Stressores e Diagnósticos de Enfermagem

Com base no Modelo de Betty Neuman e após análise dos dados, foram identificados stressores intrapessoais e extrapessoais.

Uma vez identificados os stressores foram, então, definidos os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2019-2020, como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3– Stressores e Diagnósticos de Enfermagem

Stressores Intrapessoais	Diagnósticos de Enfermagem (CIPE, 2019)
100% da amostra encontra-se em pré-obesidade (IMC 26,6 Kg/m ²).	Peso Comprometido

39% da amostra praticam algum tipo de exercício físico.	Capacidade para gerir regime de exercício comprometida
92% da população refere já ter tido sintomatologia de LMERT, em pelo menos um local do corpo, nos últimos 12 meses.	Função do sistema musculoesquelético comprometida
Em média, as LMERT ocorreram em 3 locais do corpo, nos últimos 12 meses.	
15% da amostra referiu sintomas de LMERT em 6 regiões corporais distintas, nos últimos 12 meses.	
45% da amostra refere sintomatologia de LMERT na coluna (pescoço, região torácica e lombar).	
63% da amostra apresenta sintomatologia de LMERT nos membros superiores.	
55% da amostra teve que evitar as suas atividades normais devido a sintomas de LMERT.	
A maior dor manifestada foi na região lombar.	Dor Musculoesquelética
A média de dor registada está relacionada com os locais que mais incapacitaram os enfermeiros (média de dor 7).	
Stressores Extrapessoais	Diagnósticos de Enfermagem (CIPE, 2019)
62% considera que as condições físicas do seu local de trabalho não são adequadas ou asseguram uma boa saúde, nomeadamente, espaço físico, altura ajustável dos equipamentos, aparelhos ou móveis	Medidas de segurança comprometidas

4.2.2. Definição de Prioridades

A segunda etapa do planeamento em saúde é a definição de prioridades. Esta corresponde à seleção dos critérios de decisão, onde se estimam e comparam problemas, com recurso a várias técnicas (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com os mesmos autores, trata-se da hierarquização dos problemas, condicionada pelo diagnóstico de situação e, conseqüentemente, determina a fase seguinte que é o estabelecimento de objetivos.

De forma a seguir o caminho mais objetivo possível para a definição de prioridades, optou-se pelo método de Hanlon. Este método destina-se essencialmente à classificação de problemas de saúde. Este método permite uma grande flexibilidade, podendo estimar-se cada um dos critérios com base em dados objetivos (Tavares, 1990).

Assim, este método estabelece prioridades com base em quatro critérios: a amplitude ou magnitude do problema (A), a gravidade do problema (B), a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema (C) e a exequibilidade do projeto ou da intervenção (D), que é classificada pelo acrónimo PEARL (Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitação, Recursos e Legitimidade) (Tavares, 1990). Segundo o mesmo autor, este método classifica de forma ordenada os problemas através do cálculo da fórmula: valor da prioridade é igual a $[(A+B)CxD]$.

A escala utilizada para cada critério pode ver-se na figura 1.

Componente	Designação	Escala
A	Magnitude – dimensão que o problema assume para a população.	Numérica de 0 a 10 (convertida a partir da % da população afetada pelo problema).
B	Severidade – o problema é considerado grave?	Numérica de 0 a 10
C	Eficácia – o problema é de fácil resolução?	Numérica de 0,5 a 1,5 (em que 0,5 corresponde a um problema difícil de solucionar e 1,5 corresponde a um problema de fácil solução).
D Exequibilidade		
P	Pertinência – É pertinente intervir no problema, a intervenção é adequada?	Valor 0 ou 1 (em que 0 corresponde a não exequível e 1 a exequível) A atribuição de 0 em qualquer uma das dimensões (PEARL) inviabiliza a abordagem do problema em análise.
E	Exequibilidade Económica – Existe viabilidade económica para a realização da intervenção?	
A	Aceitação – A comunidade aceita e/ou deseja uma intervenção no problema?	
R	Recursos (disponibilidade) – Existem recursos para a realização da intervenção?	
L	Legalidade – A lei existente permite a realização da intervenção?	

Figura 1 – Componentes do Método de Hanlon

Fonte: *The Illinois Project for Local Assessment of Needs*, adaptado por Sousa et al, 2017

Assim, foi realizada a análise dos diagnósticos de enfermagem utilizando o método de Hanlon (tabela 4).

Tabela 4 – Método de Hanlon adaptado

Método de Hanlon						
Diagnósticos de Enfermagem	(A) Amplitude do Problema	(B) Gravidade do Problema	(C) Eficácia da Solução	(D) Exequibilidade	Valor total [(A+B)Cx D]	Ordem de prioridade
Peso Comprometido	10	5	0,5	1	8	3º
Capacidade para gerir regime de exercício comprometida	6	5	0,5	1	6	5º
Função do sistema musculoesquelético comprometida	5	8	1,5	1	20	1º
Dor Musculoesquelética presente	7	8	1	1	15	2º
Medidas de segurança comprometidas	6	6	0,5	1	6	4º

Após a análise e como se observa na tabela acima, o diagnóstico de enfermagem prioritário foi: “Função do sistema musculoesquelético comprometida”. Pelo que esta é a área de intervenção prioritária.

4.2.3. Fixação dos Objetivos

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), esta é uma etapa fundamental, uma vez que, apenas através de uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do projeto em causa.

Na formulação dos objetivos é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Assim, os objetivos gerais deste projeto de intervenção comunitária passam por:

- Promover a melhoria da saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo, reduzindo a prevalência e incidência de LMERT.

Uma vez estabelecidos os objetivos gerais, ainda nesta fase, são estabelecidos os objetivos específicos, os objetivos operacionais ou metas e os indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja concretizado, detalhando-o em diversas componentes, de modo a que se torne mais fácil de ser atingido (Tavares, 1990).

Os objetivos operacionais ou metas são considerados resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades propostas, traduzindo-se em indicadores mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990).

Por sua vez, os indicadores de resultado ou impacto medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema (Tavares, 1990). Neste caso, do diagnóstico de enfermagem já hierarquizado anteriormente.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos, operacionais e respetivos indicadores de processo e de resultado, que se podem ver na seguinte tabela (tabela 5).

Tabela 5– Objetivos específicos, operacionais ou metas e indicadores de resultado ou de impacto

Diagnóstico de Enfermagem	Função do sistema musculoesquelético comprometida
Obetivo Operacional ou meta global	Que pelo menos 20% dos enfermeiros deixe de apresentar sintomatologia associada a LMERT

Objetivos Específicos		Objetivos Operacionais ou Metas	Indicadores
1	Aumentar o conhecimento sobre as LMERT	Que pelo menos 80% dos participantes adquiram conhecimentos sobre as LMERT, após 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que compareceram nas Sessões de Educação para a Saúde}}{\text{Total de participantes inscritos}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ dos enfermeiros que teve classificação igual ou } > \text{ a } 70\%, \text{ na avaliação de cada sessão}}{\text{Total de enfermeiros inscritos}} \times 100$
2	Melhorar as condições de trabalho para os enfermeiros de CSP do ACES Médio Tejo	Que pelo menos 50% dos enfermeiros considere que as condições físicas do seu âmbito laboral sejam melhoradas, após 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de reuniões realizadas com os coordenadores das unidades funcionais}}{\text{Total de reuniões agendadas}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ dos enfermeiros que consideram ter condições físicas adequadas}}{\text{Total de enfermeiros que respondeu}} \times 100$
3	Promover a ginástica laboral nos enfermeiros de CSP do ACES Médio Tejo	Que pelo menos 80% da amostra adira às atividades de ginástica laboral, 3 vezes por semana, durante 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de atividades de ginástica laboral realizadas}}{\text{Total atividades agendadas}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que realizou a atividade}}{\text{Total de enfermeiros inscritos}} \times 100$
4	Capacitar os Enfermeiros do ACES Médio Tejo para a adoção de condutas promotoras da prevenção de LMERT	Que pelo menos 50% dos enfermeiros apresente no máximo 2 locais com sintomatologia associada a LMERT, após 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que realizou a atividade}}{\text{Total de enfermeiros inscritos}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que apresenta nenhum, um E dois locais com LMERT}}{\text{Total de enfermeiros participantes}} \times 100$
5	Prevenir a incapacidade originada pelas LMERT	Que pelo menos 20% da amostra deixe de evitar as atividades normais, após 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ dos enfermeiros que consideram ter condições físicas adequadas}}{\text{Total de enfermeiros que respondeu}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que referiu evitar atividades normais}}{\text{Total de enfermeiros participantes}} \times 100$
6	Sensibilizar os enfermeiros de CSP, do ACES Médio Tejo, para importância da prevenção das LMERT, através da continuidade do projeto.	Que pelo menos 40% dos enfermeiros de CSP do ACES Médio Tejo sejam sensibilizados para dar continuidade ao projeto de intervenção, após 12 meses.	De Processo
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão de apresentação de resultados e sensibilização}}{\text{Total de enfermeiros inscritos}} \times 100$
			De Resultado
			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que pretendem dar continuidade ao projeto}}{\text{Total de enfermeiros participantes}} \times 100$

4.2.4. Seleção de Estratégias

Na quarta etapa do planeamento em saúde, Imperatori e Giraldes (1993, p. 65), referem que estratégia de saúde define-se “como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Segundo Tavares (1990), de modo a realizar corretamente a seleção de estratégias, torna-se necessário cumprir um conjunto de oito requisitos, nomeadamente, estabelecer os critérios de conceção das estratégias, enumerar as modificações necessárias, esboçar estratégias potenciais, escolher as estratégias mais realizáveis, descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas, estimar os custos das estratégias, avaliar a adequação dos custos futuros e, por fim, rever estratégias e os objetivos (caso necessário).

Tendo em conta os objetivos e a população-alvo, as estratégias selecionadas são a educação para a saúde e reuniões com a coordenação das Unidades Funcionais para melhorias organizacionais.

A DGS (2008) esclarece que a educação para a saúde constitui a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade.

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2011) reforça que a educação para a saúde inclui oportunidades de aprendizagem conscientemente desenvolvidas para aumentar e melhorar a literacia em saúde. Através de uma comunicação adequada e direcionada a uma população-alvo é desencadeado o desenvolvimento de habilidades que, conseguidamente, conduzem à saúde da comunidade

O mesmo autor enfatiza ainda que a educação para a saúde inclui não apenas informações sobre as condições socioeconómicas e ambientais, que influenciam a saúde, mas também sobre fatores de risco e comportamentos de risco.

Neuman (2011), refere que a prevenção primária tem que ser tida em conta para fortalecer a linha flexível de defesa. Portanto, como estratégia, selecionou-se a educação para a saúde por integrar este tipo de prevenção, constituindo-se como elemento capaz de minimizar o impacto dos stressores nos enfermeiros de CSP do ACES Médio Tejo.

Uma vez que, de modo a obter resultados positivos, a população-alvo deve, em primeira instância, ser consciencializada sobre todos os aspetos inerentes ao tema, a educação para a saúde será, provavelmente, o pilar fundamental na prevenção e tratamento das LMERT.

No presente projeto pretende-se realizar sessões de educação para a saúde em quatro atividades: a primeira relacionada com a temática das LMERT (conceito, prevalência, fatores

de risco, prevenção e tratamento), a segunda direcionada para a ginástica laboral (conceito, benefícios, explicação e treino), a terceira focada no treino da ginástica laboral e, por fim, a quarta visando sensibilizar a apresentação do projeto de intervenção na comunidade, aos participantes.

Para além destas, pretende-se realizar duas reuniões com a coordenação das Unidades Funcionais envolvidas no estudo, de modo a sensibilizar para algumas mudanças organizacionais relacionadas com as condições de trabalho dos enfermeiros de CSP.

Planeia-se que, de cada Unidade Funcional, sejam nomeados dois responsáveis pela supervisão, aconselhamento e realização das formações na área das LMERT e ginástica laboral, preferencialmente um de cada categoria profissional, favorecendo a partilha de conhecimentos e carga laboral (enfermeiro especialista em reabilitação e fisioterapeuta, por exemplo e caso possível).

4.2.4.1. Previsão dos recursos e análise de obstáculos

Na implementação de um projeto é crucial ter em consideração os recursos que serão necessários para a sua execução. Estes podem ser físicos, humanos, materiais e financeiros.

O cálculo destes recursos prende-se com as estratégias a utilizar (Imperatori & Giraldes, 1993). Os recursos necessários para o Projeto “LMERT/OUT” encontram-se descritos na tabela 6.

Importa salientar que o projeto apresenta um carácter dinâmico e, por isso, os recursos poderão ser alterados, fruto do processo avaliativo do projeto, ao longo do mesmo.

Tabela 6 – Previsão de Recursos

Recursos	Descrição
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sala de Reuniões ✓ Sala espaçosa onde se poderá realizar ginástica laboral
Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeiro elo de cada unidade funcional ✓ Fisioterapeuta e Enfermeiro Especialista em Reabilitação.
Materiais/Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador; ✓ Projetor de imagem; ✓ Impressora; ✓ Folhas de presenças, planos de sessão e avaliação para o final das sessões; ✓ Material específico de cada sessão; ✓ Mesas e cadeiras;

Na elaboração de projetos há sempre a considerar a possibilidade de aparecimento de obstáculos que dificultam ou impedem a consecução do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os obstáculos passíveis de existirem durante a implementação do presente projeto de intervenção comunitária prendem-se com a motivação e mobilização da população-alvo de forma a aderirem às sessões de educação para a saúde. Algumas estratégias a implementar com vista à minimização deste obstáculo poderão ser a entrega de convites e afixação de cartazes informativos sobre a hora, tema e local das sessões.

4.2.5. Elaboração de Programas e Projetos

Seguimos para a quinta etapa do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, torna-se pertinente distinguir programas de projetos.

Um programa é “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129).

Particularizando, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129).

Portanto, face ao tempo previsto para a intervenção comunitária, elaborou-se o projeto de intervenção comunitária, denominado de “LMERT/OUT”.

Optou-se por este nome após reflexão sobre uma temática pertinente e vastamente investigada: o *burnout*.

De acordo com inúmeros autores, o *burnout* é uma síndrome psicológica, que envolve uma resposta prolongada a stressores existentes no local de trabalho (Maslach, 2003; Mirofuse et al, 2005; Delbrouck, 2006).

Ao convergir com a temática em estudo, podemos afirmar que as LMERT constituem uma síndrome física, que envolve uma resposta a inúmeros fatores de risco existentes no local de trabalho.

Verificado este paralelismo, ponderou-se a hipótese de desenvolver uma terminologia pioneira para esta síndrome e associou-se ao nome do projeto de intervenção comunitária planeado: as *LMERTout*.

A população, já desperta para a temática do *burnout*, encontra-se mais atenta para os seus sinais e sintomas psicológicos, visando uma prevenção e/ou tratamento dos mesmos, resultando numa redução desta incidência e prevalência.

Com a aplicação da terminologia “**LMERTout**”, alusiva à palavra *burnout*, pretende-se então sensibilizar a comunidade para a importância, que deve ser igualmente dada, aos sinais e sintomas físicos, que conduzem à diminuição da qualidade de vida (presenteísmo) e ao aumento do absentismo (temporário ou permanente).

Desta forma, prespetiva-se que, futuramente, a temática que envolve as lesões físicas seja tão importante quão a que envolve as lesões psicológicas. Almejando uma foco de investigação cada vez mais holístico para os enfermeiros e, futuramente, para todos os grupos e comunidades.

Alcançada esta etapa, torna-se pertinente sumariar a informação até aqui reunida e, por esse motivo, assente no referencial teórico de Neuman, foi desenvolvido um esquema adaptado de Betty Neuman, onde se pode observar que o projeto incide ao nível da prevenção primária – reforçando a linha flexível de defesa - e ao nível da prevenção secundária e terciária – restabelecendo a linha normal de defesa e fortalecendo as linhas de resistência dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo. Tal se observa na figura seguinte (figura 2).

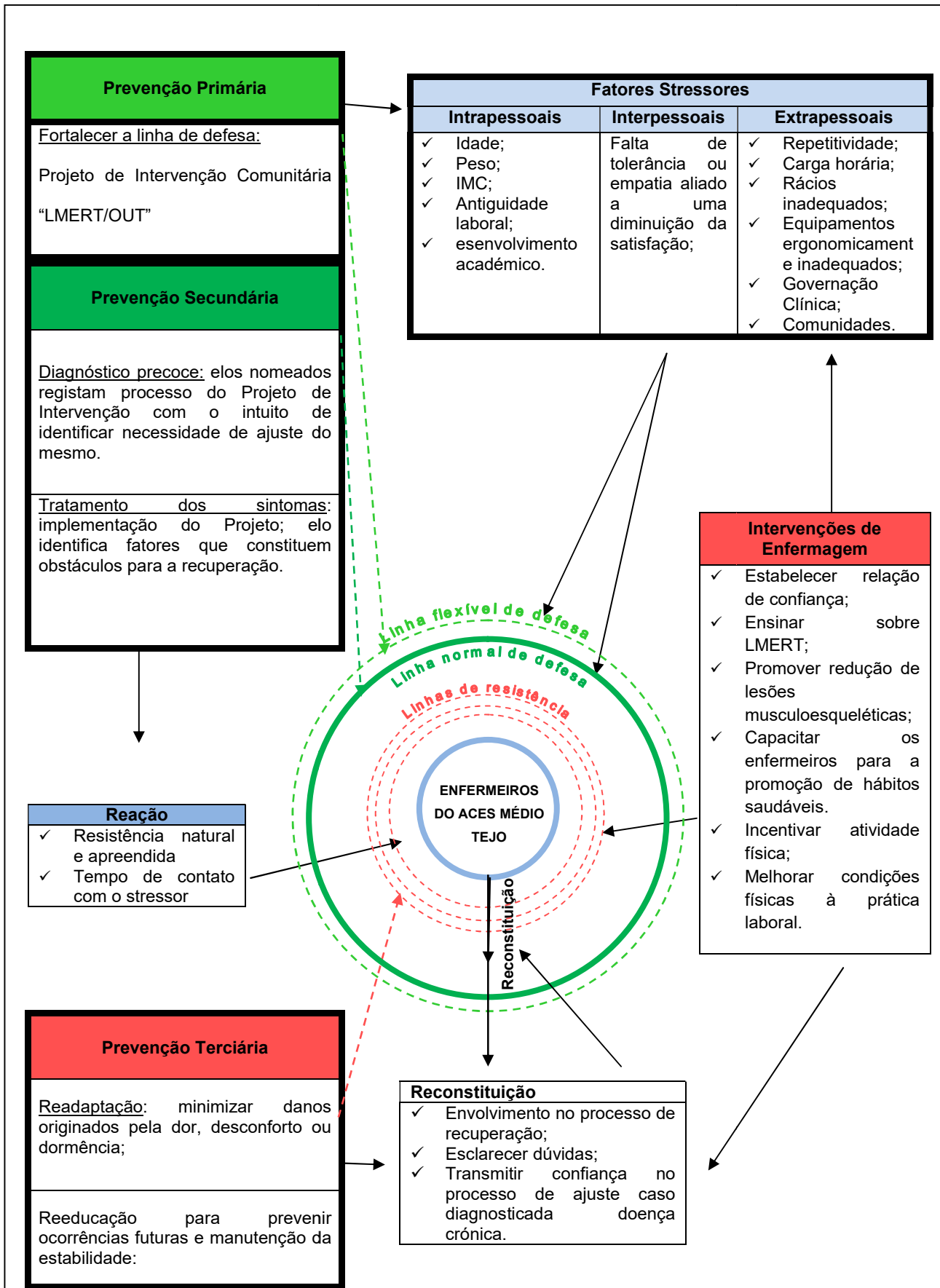


Figura 2 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman, tendo como foco de cuidados os enfermeiros do ACES Médio Tejo
Fonte: Neuman (2011) adaptado por Joana Bento (2023)

4.2.6. Preparação da execução, previsão de execução e avaliação.

A preparação da execução é a sexta etapa do planeamento em saúde e, esta etapa deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperator & Giraldes, 1993, p.149).

Deste modo, foram delineadas as atividades a realizar, que se encontram discriminadas na seguinte tabela (tabela 7).

Tabela 7 – Atividades a realizar

Atividades a Realizar		Breve descrição	Data da realização
1	Sessão de Educação para a Saúde sobre LMERT	A sessão de educação para a saúde é a componente central da promoção da saúde. Nesta irá ser abordada a temática das LMERT.	Novembro de 2023
2	Sessão de Educação para a Saúde sobre Ginástica Laboral	Esta sessão terá como objetivo sensibilizar a importância da ginástica laboral, bem como exemplificar alguns dos movimentos que devem ser realizados diariamente	Novembro de 2023
3	Sessão de Treino de Ginástica Laboral	Esta sessão dedica-se ao treino dos exercícios previamente ensinados. Constitui um reforço positivo e implementa hábitos saudáveis para a comunidade a nível intra e interpessoal.	3 x por semana após a atividade nº 2, durante 12 meses
4	Sessão de sensibilização e apresentação de resultados do projeto de intervenção aos participantes	A elaboração de um projeto de intervenção comunitária é um processo complexo e a sua implementação, a longo prazo, exige a colaboração multiprofissional que compõe as unidades funcionais do ACES Médio Tejo. Com esta sessão pretende-se apresentar os resultados obtidos, para que possa ser dada continuidade ao projeto, caso a comunidade considere uma prioridade.	Março de 2024
5	Reunião para mudança organizacional	Importa transmitir aos órgãos gestores das unidades funcionais do ACES Médio Tejo, o diagnóstico de situação elaborado, para que possam ser compreendidas as prioridades de atuação nos problemas identificados. Apenas assim, conseguiremos alcançar melhores condições de trabalho para os enfermeiros.	Novembro de 2023
6	Sessão para nomeação de responsáveis nas Unidades Funcionais, do ACES Médio Tejo	Torna-se fulcral eleger elos em cada unidade funcional do ACES Médio Tejo, pois ao ocorrer a continuidade deste projeto ocorre, simultaneamente, a continuidade da promoção da saúde dos enfermeiros de CSP do ACES Médio Tejo. Importa formar os profissionais nomeados, de modo a que se possam tornar elos capacitados a capacitar os restantes profissionais de saúde.	Novembro de 2023

Em apêndice encontram-se, detalhadamente, os planos das atividades (Apêndice D), folha de presenças (Apêndice E) e cronograma da implementação do projeto (Apêndice F).

A avaliação é a oitava e última etapa do planeamento em saúde.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), a fase de avaliação, perante um diagnóstico de saúde, necessita de determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas, pertinentes, precisas e úteis, uma vez que permite determinar o sucesso ou não do planeamento.

Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tal como mencionado anteriormente, a execução e avaliação (sétima e oitava etapas do planeamento em saúde, respetivamente) constituem a segunda e terceira fase deste estudo que, devido à limitação temporal, serão realizadas à *posteriori*, no segundo ano do curso de Mestrado de Saúde Comunitária: Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

A análise crítico-reflexiva é determinante para estimular o conhecimento e o pensamento crítico sobre determinada temática. Por isso, torna-se fundamental que a mesma integre o processo de aprendizagem ao longo do percurso formativo.

Assim, considero que o colmar destes três fatores promotores: a reflexão, o pensamento crítico e o conhecimento, estimulados através das inúmeras oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos, contribuíram positiva e ativamente para a construção da minha identidade profissional, enquanto futura EEESCSP.

Pretendo salientar que foi possível realizar o meu percurso académico à luz dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Pretendi perseguir os mais elevados níveis de satisfação de grupos/comunidades, capacitando-os a alcançar o máximo potencial de saúde e, por isso, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e promover o autocuidado, desenvolvendo, se necessário, processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e realizando vigilância epidemiológica.

Na esfera das LMERT, a presença de sintomatologia musculoesquelética entre os enfermeiros evidenciou-se incontestável, constituindo-se assim como um problema de saúde ocupacional, nos enfermeiros do ACES Médio Tejo, uma vez que a maioria da amostra (n=12; 92%) apresentou sintomatologia associada a LMERT em pelo menos um local do corpo, nos últimos 12 meses.

Apesar da presença de sintomatologia associada a LMERT estar escassamente estudada, em contexto de CSP, existe evidência a demonstrar que, tal como reconhecido em outros âmbitos do exercício de enfermagem, também nos CSP, os enfermeiros apresentam elevadas percentagens de prevalência de LMERT.

Por sua vez, conclui-se também que não existe associação entre a ocorrência e consequências da COVID-19 e a prevalência de LMERT.

A conceção do planeamento, implementação do projeto “LMERT/OUT” e avaliação do mesmo pretende ser parte da solução de melhoria da saúde dos enfermeiros do ACES Médio Tejo, diminuindo a prevalência de sintomatologia associada a LMERT, com o intuito de promover a qualidade de vida e bem-estar primeiramente destes profissionais e, consequentemente, da comunidade em que se encontram inseridos.

Metodicamente detalhado, o planeamento em saúde evidenciou ser um instrumento potenciador de mudança, que permitiu a reflexão, análise, priorização e organização de atividades e recursos fundamentais para alcançar as metas estipuladas.

Enquanto enfermeira a trabalhar na área dos cuidados diferenciados, destacou-se como dificuldade o âmbito de estágio era amplamente desconhecido, exigindo, grande dedicação e pesquisa bibliográfica.

Deste modo, entendo que a minha perceção sobre o que um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária realiza diariamente está mais clara e que cresci enquanto futura Enfermeira Especialista, sendo meu objetivo continuar a evoluir positivamente na obtenção de novos conhecimentos e atuando como agente gerador de mudança.

Assim, considero que os objetivos do relatório, inicialmente propostos, foram atingidos. Pois, adquiri e desenvolvi tanto as competências comuns como competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública.

Para além disso, conclui-se, dada à limitação de tempo, que apenas foi possível alcançar os três primeiros objetivos do estudo (que constituem a primeira fase do mesmo) e, por isso, é apresentado um projeto-piloto, que sugerindo-se a implementação e avaliação do mesmo, verificando a existência de ganhos de saúde.

Evidenciada a pertinência do tema de investigação, sugiro que o mesmo se estenda a toda a comunidade de enfermeiros do ACES Médio Tejo, almejando uma maior abrangência de resultados, que permitirão elaborar um diagnóstico de situação mais coeso, constituindo futuramente um agente de mudança pioneiro em Portugal, no que toca à prevenção de LMERT nos enfermeiros a exercer funções em CSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Médio Tejo. (2016). Guia de Acolhimento. Riachos: Gabinete do Cidadão do ACES Médio Tejo. Acedido a 22/07/2022 em: <https://r-3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Guia-de-Acolhimento.pdf>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2014). *Resumo Relatório Anual 2014*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia
- Albuquerque, J. (2021). *Integração dos Enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Alves, A. (2014). *Impacto da Formação pós-graduada em Enfermagem nas conceções e práticas dos Enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado.
- Anderson, E. T. e Macfarlene, J. (2019). *Community as partner: theory and practice in nursing (8.ª ed.)*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- APSEI. (2021). *Segurança no Trabalho: As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)*. APSEI. Acedido a 27/01/2023 em: <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>
- Araújo, M.; De Paula, Q. (2003). *L.E.R./D.O.R.T: um grave problema de saúde pública que acomete os cirurgiões-dentistas*. Disponível em: <http://www.nates.uuff.br/novo/revista/pdf/v006n2/Educacao.pdf>
- Arias, D. et al. (2015). Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería. Colombia: Ver. Fac. Nac. Salud Pública. 33(2), 152-60.
- Barros, B. A. et al. (2022). *Absenteísmo entre os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa*. Research, Society and Development, v. 11, n. 8, e28711830694, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30694>
- Begnini, D. et al. (2021). Heroínas em tempos de COVI-19: visibilidade da enfermagem na pandemia. Ver. Gaúcha Enferm. 2021; 42 (esp):e20200373.
- BI-CSP. (2022). *ACES Médio Tejo*. Acedido a 22/07/2022 em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>
- Castelôa, L. et al. (2019). Prevalência das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho dos Enfermeiros: Revisão Integrativa. RIIS 2019. Vol.2(1), 63-74. Acedido a 21/02/2023 em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/48/52>
- CGTP-IN. (s/d). *Estudo PROUD sobre lesões músculo-esqueléticas revela: 5,9% dos trabalhadores portugueses sofre de doenças reumáticas por causa do seu trabalho*. Acedido a 28/01/2023 em: <https://www.cgtp.pt/seguranca-e-saude/estudos/7570-estudo-proud>
- Chiavegato F, L. G. & Pereira J., A. (2003). *Work related osteomuscular diseases: multifactorial etiology and explanatory models*. Interface - Comunic. Saúde Educ., v.8, n.14, p.149-62, set.2003-fev.2004.
- CIPE. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. International Council of Nurses. Acedido a 1/3/2023 em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- CM-Alcanena. (2022). Município de Alcanena. Disponível em: <http://cm-alcanena.pt/>
- CNECV. (2020). Situação de Emergência de Saúde Pública pela Pandemia COVID-19: Aspectos Relevantes. Lisboa: CNECV. Disponível em: https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/tomadas-de-posicao/covid-19-aspectos-eticos?download_document=8878&token=951ed77b445fab5ecf140c3d3c7c243b
- Costa, T. et al (2021). *Definições e Consequências do Presenteísmo*. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online, volume 11, -32. DOI: 10.31252/RPSO.27.02.2021
- Cunha, M. P., Rego, A., R.C, Cabral-Cardoso, C., Marques, C.A. e Gomes, J.F.S. (2010). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Daniel, M. G. (2020). *Symptom shame in the COVID-19 era: Battling our instincts*. The American Journal of Gastroenterology, 115(8), 1156-1157. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000724>
- Delbrouk, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores: 1ª Edição.
- DGS. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: guia para a prevenção*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2014). *Despacho nº 5855/2014*. Lisboa: DRE. Acedido a 25/04/2022 em: <https://files.dre.pt/2s/2014/05/085000000/1166011660.pdf>

- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.
- DGS. (2016). *Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade no Adulto: Departamento da Qualidade na Saúde*. Lisboa: DGS. ISBN: 978-972-675-215-8;
- DGS. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Lisboa: DGS. ISBN 978-972-742-414-6.
- DGS. (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018/2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2021). *Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde: DGS.
- Diário da República. (2009). *Ministério da Saúde: 1.ª série — N.º 65 . Decreto-Lei nº81/2009, pp. 2058-2062*. Lisboa: DRE
- Diário da República. (2013). *Ministério da Saúde: 1ª série — N.º 193 . Decreto-Lei nº137/2013, pp. 6050 - 6061*. Lisboa: DRE
- Diário da República. (2018). *Ordem dos Enfermeiros: Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: DRE.
- Diário da República. (2019a). Regulamento n.º. 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: DRE.
- Diário da República. (2019b). Educação e Saúde: Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde: Despacho n.º8297-C/2019. Lisboa: DRE.
- Dressner, M. A. & Kissinger, S. P. (2018). Lesões e doenças ocupacionais entre enfermeiras registradas. *Monthly Labor Review: US Bureau of Labor Statistics*. <https://doi.org/10.21916/mlr.2018.27>
- EU-OSHA. (2019). *Work-related MSDs: prevalence, costs and demographics in the EU*. Luxemburgo: EU-OSHA.
- Fonseca E. C. et al. (2020). *Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem de salas de vacinação*. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190147. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0147>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidáctica.
- Garbin, A.J.I. et al. (2022). Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm* 2022;75(Suppl 1):e20220028. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028pt>
- Hämäläinen, P.; Takala, J. & Boon Kia,t, T. (2017) .*Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017*. Singapore: Workplace Safety and Health Institute.
- Hoeck, B., & Delmar, C. (2017). *Theoretical development in the context of nursing: The hidden epistemology of nursing theory*. *Nursing Philosophy*, 19(1), 1-10. doi: 10.1111/nup.12196
- ICN. (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2022). *Censos 2021: Contámos com Todos*. Acedido a 22/07/2022 em: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Infopédia. (2023). Sobrecarga. Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/sobrecarga>
- Jensen, U. J., & Andersen, P. F. (2005). *Sundhedsbegreber: Filosofiog praksis [Health concepts: Philosophy and practice]* (2º ed.). Aarhus, Denmark: Philosophy.
- Joaquim C. et al. (2020). *Presenteeism by Work-related Musculoskeletal Injuries (LMRT) in health professionals*. *Journal of Aging & Innovation*, 9 (3): 245 – 263
- Karnick, P. M. (2014). *A case for nursing theory in practice*. *Nursing Science Quarterly*, 27(2), 117. doi: 10.1177/0894318414522711
- Lima, D. G. (2004). *Ginástica Laboral. Metodologia de implementação de programas com abordagem ergonómica*. São Paulo, Editora Fontoura.
- Lima, V. (2007). *Ginástica Laboral: Actividade Física no Ambiente de Trabalho*. São Paulo: Phorte.
- Maslach, C. (2003). *Job Burnout: New Directions in Research and Intervention*. *Current Directions in Psychological Science*, 189-192.

- McKenzie, J., Pinger, R. & Kotecki, J. (2002). *An Introduction to Community Health*. Michigan: Universidade de Michigan
- Medeiros, C. R. S. et al. (2021). *Occupational damage to nurses in Primary Health Care*. Rev Rene.;22:e60056. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260056>
- Médio Tejo. (2021). *Médio Tejo perde 7,5% da população, com maiores quebras em Abrantes e Mação (c/ gráficos)*. Acedido a 22/07/2022 em: <https://mediotejo.net/medio-tejo-perde-75-da-populacao-com-maiores-quebras-em-abrantes-e-macao-c-graficos/>
- Melo, P. (2020a). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P. (2020b). *A importância da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem*. Acedido a 24/07/2022 em: <https://justnews.pt/artigos/uma-nova-era-na-epidemiologia#.Yt7bM-jMLIU>
- Mendes, R. A. (2001). *A saúde e a prática de actividade física em trabalhadores*. XXIV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte. Anais. São Paulo: Celafiscs.
- Mesquita, C.; Ribeiro, J. e Moreira, P. (2010). *Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability*. In: Journal Public Health, 18, pp. 461-466.
- Miranda, C.; Dias, C. (1999). *L.E.R. – Lesões por Esforços Repetitivos, uma Proposta de Acção Preventiva*. CIPA (Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes) – L.E.R. A Principal Doença Ocupacional. Vol. 20, n.236, pp. 32-49.
- Murofuse, N. et al. (2005). *Reflexões sobre o estresse e Burnout e a relação com a Enfermagem*. Rev. Latino-am Enfermagem, 13(2), 255-261.
- Neuman, B. (2011). *The Neuman System Model*. In: NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline. *The Neuman Systems Model*. 5. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Nóbrega, S. S., & Santos, M. M. (1996). *Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução*. Revista Brasileira de Enfermagem, 49(1), 55-64. doi: 10.1590/S0034-71671996000100007
- OMS. (2022). *Musculoskeletal Health*. Acedido a 30/01/2023 em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção – Closing the gap: from evidence to action*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014a). *Norma Para O Cálculo De Dotações Seguras Dos Cuidados De Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014b). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!*. Secção Regional do Sul: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem: Artigo 78.º - Princípios Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem: Artigo 85.º - Do Dever de Sigilo*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº (): Regulamento de inscrição, atribuição e emissão de cédula profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20/07/2022 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7928/reginscatrbtitedprof_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Estágio e Relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21/07/2022 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25232/sai-oe-2022-806.pdf>
- Peixoto, T. & Peixoto, N. (2017). *Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa*- Revista de Enfermagem Referência, IV, n.º 13. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Pereira, R. P. G.; Cardoso, M. J. S. P. O. & Martins, M. A. C. S. C. (2012). *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário*. Revista de Enfermagem Referência, III(7), 55-62.

- Pinto, R. (2018). *Prevalência de Dor Lombar e Fatores Associados entre Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Cidade Pelotas-RS*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- Ribeiro, T. (2013). *Sintomatologia de Lesões MusculoEsqueléticas Ligadas ao Trabalho em Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ribeiro, T., Serranheira, F. & Loureiro, H. (2017). *Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses*. Applied Nursing Research, 33; 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>
- Santos, D. G., Conceição, A. A., & Ferreira, M. M. (2021). *Presenteísmo nos profissionais de saúde em contexto de pandemia desencadeada pela doença COVID-19: Uma scoping review*. Revista de Enfermagem Referência, 5(Supl. 9), e21020. <https://doi.org/10.12707/RV21020>
- Santos, M. & Almeida, A. (2016). *Profissionais de Saúde: principais Riscos e Fatores de Riscos, eventuais Doenças Profissionais e Medidas de Proteção recomendadas*. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, (1). Acedido a 01/02/2023 em: <http://rpsso.pt/profissionais-de-saude-principais-riscos-e-factores-de-risco-eventuais-doencas-profissionais-e-medidas-de-protecao-recomendadas/>
- Scherer, Z. A. P. & Scherer, E. A. (2012). *Identificação dos Pilares da Educação na Disciplina Integralidade no Cuidado à Saúde*. Universidade de São Paulo: Ver. Esc. Enferm. USP 46 (4). Acedido a 16-02-2023 em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400029>
- Serralheira, F. & Sousa-Uva, A. (2015). *O Estudo de frequência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho e das lombalgias em enfermeiro(a)s*. Autoridade para as Condições de Trabalho, 3, 1-97. Consultado a 27/01/2023 em: <https://www.researchgate.net/publication/272741133>
- SNS. (2020). *Plataforma Trace COVID-19*. Lisboa: SNS. Acedido a 24/07/2022 em: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/04/plataforma-trace-covid-19/>
- Sousa, F. et al. (2017). *Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso*. Rev. Saúde Pública: 51:11.
- Souza, K., Pinto Junior, E., Barros, R. et al. (2020). *O Uso Da Telessaúde Em Tempos De Pandemia*. In: Barreto, M. L.; Pinto Junior, E. P.; Aragão, E.; Barral-Netto, M. (Org.). *Construção De Conhecimento No Curso Da Pandemia De Covid-19: Aspectos Biomédicos, Clínico-Assistenciais, Epidemiológicos E Sociais*. Salvador: Edufba.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Thorne, S., & Sawatzky, R. (2014). *Particularizing the general: Sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda*. Advances in Nursing Science, 37(1), 5–18. doi: 10.1097/ANS.0000000000000011
- Valachi, B. e Valachi, K. (2003). *Preventing musculoskeletal disorders in clinical dentistry: strategies to address the mechanisms leading to musculoskeletal disorders*. JADA, 134, 1604-12.
- WHO. (1998). *Workload Indicators of Staffing Need (WISN): A Manual For Implementation*. Genebra, Suíça: WHO. Acedido a 24/07/2022 em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64011/WHO_HRB_98.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 51*. Acedido a 24/07/2022 em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Zilli, C. (2002). *Manual de Cinesiologia/ Ginástica Laboral: Uma Tarefa Interdisciplinar com Acção Multiprofissional*. 1a edição. São Paulo. Lovise.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Procedimento da Mala de Emergência da UCC Olhos de Água



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



MANUAL DE PROCEDIMENTOS

MALA DE EMERGÊNCIA

UCC OLHOS DE ÁGUA – ALCANENA

janeiro de 2023

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS E SIGLAS	3
2. DEFINIÇÃO	3
3. OBJETIVOS	3
3.1. OBJETIVO GERAL.....	3
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
4. ÂMBITO	4
5. RESPONSABILIDADE	4
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	4
6.1. A EQUIPA DE EMERGÊNCIA	4
6.2. POPULAÇÃO-ALVO	5
6.3. QUANDO ABRIR A MALA DE EMERGÊNCIA.....	5
6.4. ORGANIZAÇÃO DA MALA DE EMERGÊNCIA	5
7. RECOMENDAÇÕES DE MANUTENÇÃO	6
8. AUDITORIAS	7
9. FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO	8
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
ANEXOS	10
ANEXO I – Verificação do Conteúdo da Mala de Emergência	11
ANEXO II – Verificação Semanal da Mala de Emergência	13
ANEXO III – Registo de Fármacos e/ou Material Consumido após abertura da Mala de Emergência.....	14
ANEXO IV – Registo de utilização de selos.....	16
ANEXO V – Lista de Verificação de Auditoria.....	17

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

1. ABREVIATURAS E SIGLAS

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VD – Visitação Domiciliária

2. DEFINIÇÃO

A Mala de Emergência é uma estrutura transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para situações clínicas de urgência/emergência cardiorrespiratória.

Deve manter-se sempre organizada, limpa e funcional.

Este deve encontrar-se em local pré-definido, de fácil acesso e de conhecimento de todos os elementos da equipa multidisciplinar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

O presente procedimento tem como objetivo nortear todos os colaboradores da UCC Olhos de Água para a utilização devida e manutenção da mala de emergência.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar a composição da mala de emergência (fármacos, materiais e equipamentos);
- Uniformizar rotinas de organização, verificação e manutenção da mala de emergência;
- Definir o profissional (enfermeiro) responsável pela mala de emergência (verificação, manutenção e auditorias);
- Definir a frequência de verificação, manutenção e auditorias à mala de emergência;

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

- Sensibilizar os profissionais de saúde da UCC Olhos de Água para a importância de manter a operacionalidade da mala de emergência;
- Homogeneizar o conteúdo e quantidade de materiais e medicamentos, mantendo o indispensável, de forma a agilizar o atendimento e reduzir o desperdício;
- Oferecer assistência segura, eficaz, eficiente e de qualidade à Comunidade de Alcanena.

4. ÂMBITO

Este procedimento é aplicável na UCC Olhos de Água e insere-se no âmbito da gestão e segurança do doente.

5. RESPONSABILIDADE

Os gestores deste processo são responsáveis pelo cumprimento do mesmo, em colaboração com os enfermeiros da UCC Olhos de Água.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. A EQUIPA DE EMERGÊNCIA

A equipa de emergência é constituída, preferencialmente, por um médico e um enfermeiro.

Em situações de Visitação Domiciliária (VD), a equipa é constituída por dois enfermeiros. Neste último contexto, em caso de emergência, os profissionais devem alertar o 112 e assegurar as condições de segurança do utente, de modo a estabilizar o utente até chegada de profissionais especializados na emergência pré-hospitalar.

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

6.2. POPULAÇÃO-ALVO

Habitantes da área abrangida pela UCC Olhos de Água, que necessitem de atendimento emergente.

6.3. QUANDO ABRIR A MALA DE EMERGÊNCIA

A mala de emergência deve ser utilizada em todas as situações com grave compromisso de funções vitais, tais como:

Via Aérea	Permeabilidade ameaçada ou compromisso da via aérea
Ventilação	Paragem respiratória
	Frequência Respiratória inferior a 6 ou superior a 35
	Saturação periférica de oxigénio inferior a 85%, com aporte suplementar de oxigénio
Circulação	Paragem cardíaca
	Frequência Cardíaca inferior a 40 ou superior a 140 bpm
	Tensão Arterial Sistólica inferior a 90 mmHg
Estado Neurológico	Perda súbita de Consciência
	Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores
	Convulsões repetidas e/ou prolongadas

6.4. ORGANIZAÇÃO DA MALA DE EMERGÊNCIA

A mala de emergência encontra-se organizada em diversas bolsas, identificadas de A a E. O relatório de conteúdo presente em cada bolsa encontra-se espelhado no Anexo I.

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	<p align="center">PROCEDIMENTO Mala de Emergência</p>	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

7. RECOMENDAÇÕES DE MANUTENÇÃO

SEM ANUALMENTE	
Verificar se a mala de emergência se encontra devidamente selada e registar no documento próprio (Anexo II).	
DE SEIS EM SEIS MESES	
Verificar o conteúdo de cada bolsa, as suas validades, acondicionamento dos fármacos e material e registar na folha de verificação de relatório de conteúdo (Anexo I)	
Efetuar a troca dos fármacos ou material antes da data de fim da sua validade	
Selar a mala de emergência após cada verificação, reposição ou auditoria e registar no devido impresso (Anexo IV)	
SEMPRE QUE A MALA DE EMERGÊNCIA É UTILIZADA	
Ao profissional que utilizou a mala de emergência compete	Ao profissional responsável pela mala de emergência compete
Preencher a folha de fármacos e/ou materiais consumidos aquando utilização da mala de emergência (Anexo III)	Repôr os fármacos e/ou material registado como consumido na última abertura da mala de emergência, datar e assinar em folha própria (Anexo III)
Entregar o impresso (Anexo III), ao profissional responsável pela mala de emergência, devidamente preenchido, datado e assinado	Selar devidamente a mala de emergência
Registar abertura da mala de emergência em impresso próprio (Anexo IV)	Registar o(s) novo(s) selos colocados na mala de emergência em impresso próprio (Anexo IV).

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

8. AUDITORIAS

Deve de ser realizada uma auditoria anualmente visando avaliar os seguintes parâmetros:

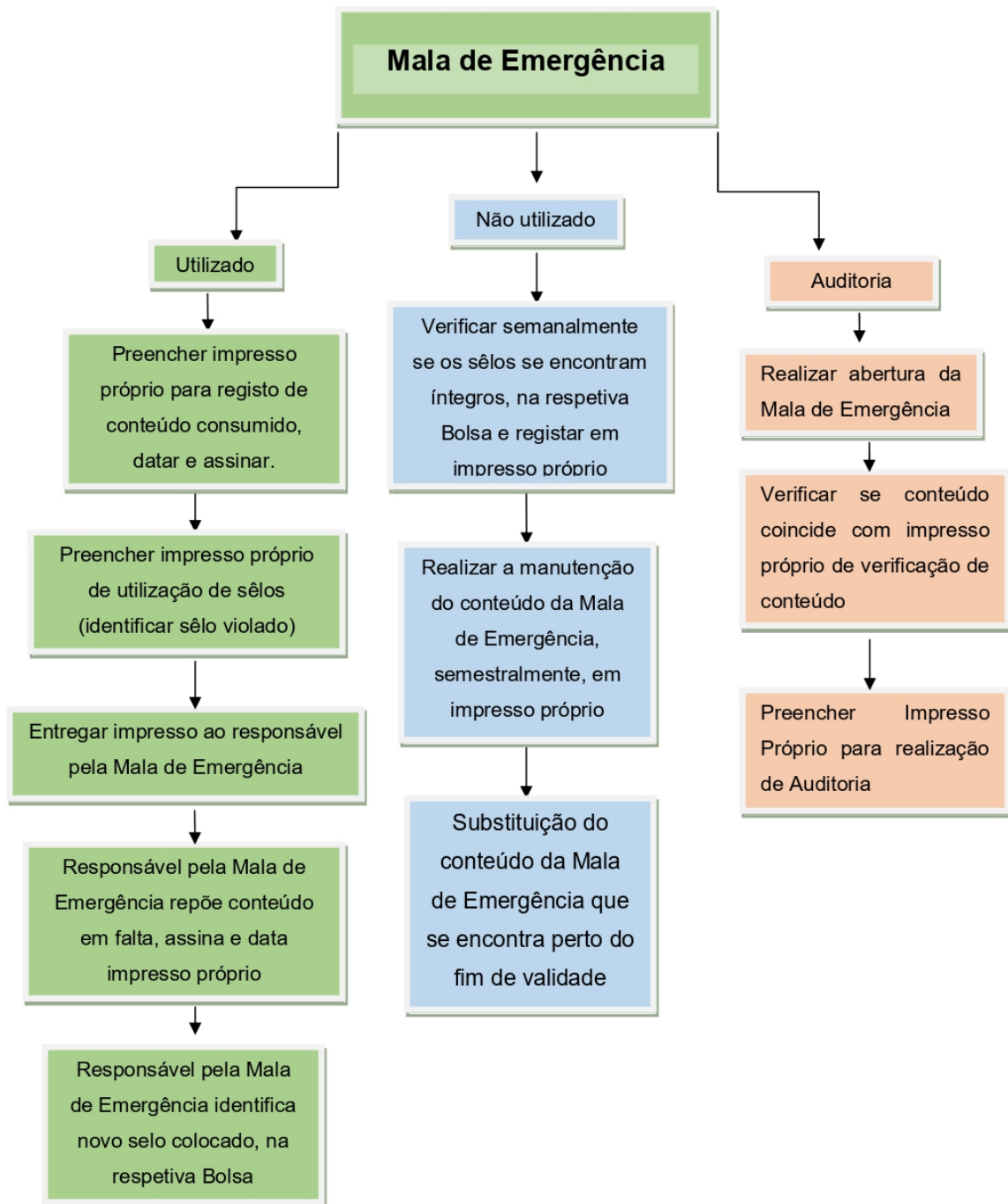
- Avaliar se as bolsas se encontram devidamente identificadas de A a E;
- Avaliar se as bolsas se encontram devidamente seladas;
- Avaliar se a folha de “*Verificação Semanal da Mala de Emergência*” (Anexo II) se encontra devidamente preenchida, assinada e datada;
- Avaliar se a manutenção dos fármacos e/ou material se encontra corretamente realizada, verificando se a folha de “*Verificação do Conteúdo da Mala de Emergência*” (Anexo I), se encontra devidamente preenchida, datada e assinada;
- Avaliar se os fármacos se encontram devidamente acondicionados;
- Avaliar se o conteúdo da Mala de Emergência se encontra dentro da validade;
- Avaliar se os números dos selos existentes, na Mala de Emergência, coincidem com os números dos selos colocados na folha “*Utilização de Selos*” (Anexo IV);
- Avaliar se o material foi devidamente repostado após utilização da mala de emergência;
- Avaliar se foi realizada auditoria no ano anterior.

De modo a proceder à auditoria anual, deve ser preenchido o impresso para esse efeito (Anexo V).

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

9. FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO



Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho
Data: 14/01/2023

Revisto: Direção enfermagem e CCS
Data:

Aprovado: Diretora Executiva
Data:

	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO Mala de Emergência</p>	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. (2011). Orientação 08/2011, de 28/03/2011: Organização do Material de Emergência nos Serviços e Unidades de Saúde. Lisboa: DGS;

Cerqueira, A.; Gomes, R.; Marquês, M. & Fragoeiro, M. (2010). *Equipamento e fármacos de emergência nos Cuidados de Saúde Primários*. Rev Port Clin Geral 2010;26:292-4;

Resuscitation Council UK. (2013). Quality Standards: Primary Care. UK: Resuscitation Council UK.

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho
Data: 14/01/2023

Revisto: Direção enfermagem e CCS
Data:

Aprovado: Diretora Executiva
Data:

	<p>PROCEDIMENTO Mala de Emergência</p>	Código:	Edição: 01
	<p>Manual de Procedimentos</p>	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

ANEXOS

<p>Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023</p>	<p>Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:</p>	<p>Aprovado: Diretora Executiva Data:</p>
--	--	---

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

ANEXO I – Verificação do Conteúdo da Mala de Emergência



SACO DE EMERGÊNCIA UCC

	Código	Designação	Bolsa	Nível	Verificação dos prazos de validade			
					Data: / / Validade	Data: / / Validade	Data: / / Validade	Data: / / Validade
Fármacos	10067905	ADRENALINA 1 MG /1 ML SOL INJ IM IV IC SC	A	2				
	80000038	AGUA P/ PREPARACOES INJECTAVEIS 5 ML SOL INJ	A	5				
	80000033	ALCOOL ETILICO 70% FR 500 ML	B	1				
	10035188	CLEMASTINA 2 MG /2 ML SOL INJ IM IV	A	1				
	10057341	CLORETO SODIO 0,9 MG /ML SOL INJ 10 ML IV	A	2				
	10005405	CLORETO SODIO 0,9 MG /ML SOL INJ 100 ML IV	A	1				
		CLORETO SODIO 0,9 MG /ML SOL INJ 500 ML IV	B	1				
		DIAZEPAM 5 MG PO	A	2				
	10054516	HIDROCORTISONA 100 MG PO SOL INJ IM IV	A	2				
	10046868	METILPREDNISOLONA 125 MG PO SOL INJ IM IV	A	2				
	10045339	GLUCAGOM 1 MG PO SOL INJ IM IV SC	Frigo	1				
	10047308	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE SUSP PRESSU INAL 200 DOSES	A	1				
290900387	GEL LUBRIFICANTE ESTERILIZADO	B	2					
Via Aérea		TUBO ENDOTRAQUEIAL C/ CUF 6,5	B	1				
		TUBO ENDOTRAQUEIAL C/ CUF 7,5	B	1				
	290800035	TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 1,5	B	1				
	290800034	TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 2	B	1				
	290800031	TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 3	B	1				
	290800233	INSUFLADOR MANUAL INFANTIL (550ML)	B	1				
	290800234	INSUFLADOR MANUAL ADULTO (1500ML)	B	1				
	291100077	FILTRO BACTERIOLOGICO P/ INSUFLADOR INFANTIL	B	1				
	291100076	FILTRO BACTERIOLOGICO P/ INSUFLADOR ADULTO	B	1				
	290800036	MASCARA FACIAL P/ INSUFLADOR Nº4	B	1				
	NÃO APLICAVEL	NASTRO	B	1				
	NÃO APLICAVEL	CABO DE LARINGOSCOPIO	B	1				
	NÃO APLICAVEL	LÂMINA DE LARINGOSCOPIO N.3	B	1				
	NÃO APLICAVEL	LÂMINA DE LARINGOSCOPIO N.4	B	1				
	290800081	MASCARA P/OXIGENIO ADULTO DESCARTAVEL	B	1				
290800229	CAMARA EXPANSORA DESCARTAVEL	B	1					
220200001	LUVA CIRURGICA LATEX (EST) Nº 6 1/2	B	2					
220200003	LUVA CIRURGICA LATEX (EST) Nº 7 1/2	B	5					
Punção Venosa	230500001	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 18G	A	2				
	230500002	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 20G	A	2				
	230500003	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 22G	A	2				
	230500004	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 24G	A	2				
	NÃO APLICAVEL	GARROTE	A	1				
	NÃO APLICAVEL	TESOURA	A	1				
	210300001	ADESIVO ANTI ALERGICO 2,5	A	1				
Av. Gl. Capilar	80000053	REAG DET GLUCOSE NO SANGUE TIRA	B	1cv				
	250500025	LANCETA IRRECUPERAVEL	B	5				
	NÃO APLICAVEL	MAQUINA AVALIAÇÃO GLICÊMIA CAPILAR	B	1				
Administração Terapêutica	230200021	SER IRREC 2 PEÇAS 2ML	A	4				
	230200031	SER IRREC 2 PEÇAS 5ML	A	2				
	230200041	SER IRREC 2 PEÇAS 10ML	A	2				
	230600001	SIST TORNEIRAS 3 VIAS C/PROLONGAMENTO	A	2				
	230600011	SIST ADMINIST SOROS C/FILTRO	A	2				
	210200055	COMPRESSA TNT EST 5X5	A	4				
	210200052	COMPRESSA TNT EST 10X10	B	2				
	230100015	AGULHA IRRECUPERAVEL 21G (0,8X40)	A	4				
	2301000??	AGULHA IRRECUPERAVEL 25G (0,5X25)	A	4				
230100014	AGULHA IRRECUPERAVEL 20G (0,9X25)	A	4					
200100010	FILHA NITROGENIO ESTERILIZADA 1L	B	1cv					

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho
Data: 14/01/2023

Revisto: Direção enfermagem e CCS
Data:

Aprovado: Diretora Executiva
Data:

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

NÃO APLICAVEL	ESTÉTOSCOPIO	C	1				
NÃO APLICAVEL	ESFIGNOMANOMETRO		1				
NÃO APLICAVEL	ÓXIMETRO	C	1				
NÃO APLICAVEL	SACO PLÁSTICO BRANCO	E	2				
NÃO APLICAVEL	CONTENTOR DE PICANTES	D	1				
NÃO APLICAVEL	ATILHOS	E	2				
NÃO APLICAVEL	MÁSCARA CIRURGICA	E	5				
NÃO APLICAVEL	MÁSCARA PROT. RESP. FFP2	E	5				
NÃO APLICAVEL	LISTA DE FÁRMACOS E/OU MATERIAL CONSUMIDO	E	1				

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

ANEXO III – Registo de Fármacos e/ou Material Consumido após abertura da Mala de Emergência



SACO DE EMERGÊNCIA UCC

	Código	Designação	Bolsa	Nível	Material consumido após abertura do saco
Fármacos	10067905	ADRENALINA 1 MG /1 ML SOL INJ IM IV IC SC	A	2	
	80000038	ÁGUA P/ PREPARAÇÕES INJECTÁVEIS 5 ML SOL INJ	A	5	
	80000033	ALCOOL ETILICO 70% FR 500 ML	B	1	
	10035188	CLEMASTINA 2 MG /2 ML SOL INJ IM IV	A	1	
	10057341	CLORETO SÓDIO 0,9 MG /ML SOL INJ 10 ML IV	A	2	
	10005405	CLORETO SÓDIO 0,9 MG /ML SOL INJ 100 ML IV	A	1	
		CLORETO SÓDIO 0,9 MG /ML SOL INJ 500 ML IV	B	1	
		DIAZEPAM 5 MG PO	A	2	
	10054516	HIDROCORTISONA 100 MG PO SOL INJ IM IV	A	2	
	10046868	METILPREDNISOLONA 125 MG PO SOL INJ IM IV	A	2	
	10045339	GLUCAGOM 1 MG PO SOL INJ IM IV SC	Frigo	1	
	10047308	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE SUSP PRESSU INAL 200 DOSES	A	1	
	290900387	GEL LUBRIFICANTE ESTERILIZADO	B	2	
	Via Aérea		TUBO ENDOTRAQUEAL C/ CUF 6,5	B	1
		TUBO ENDOTRAQUEAL C/ CUF 7,5	B	1	
290800035		TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 1,5	B	1	
290800034		TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 2	B	1	
290800031		TUBO GUEDEL/MAYO - Nº 3	B	1	
290800233		INSUFLADOR MANUAL INFANTIL (550ML)	B	1	
290800234		INSUFLADOR MANUAL ADULTO (1500ML)	B	1	
291100077		FILTRO BACTERIOLOGICO P/ INSUFLADOR INFANTIL	B	1	
291100076		FILTRO BACTERIOLOGICO P/ INSUFLADOR ADULTO	B	1	
290800036		MASCARA FACIAL P/ INSUFLADOR Nº4	B	1	
NÃO APLICÁVEL		NASTRO	B	1	
NÃO APLICÁVEL		CABO DE LARINGOSCOPIO	B	1	
NÃO APLICÁVEL		LÂMINA DE LARINGOSCOPIO N.3	B	1	
NÃO APLICÁVEL		LÂMINA DE LARINGOSCOPIO N.4	B	1	
290800081		MASCARA P/OXIGENIO ADULTO DESCARTAVEL	B	1	
290800229		CÂMARA EXPANSORA DESCARTAVEL	B	1	
220200001	LUVVA CIRURGICA LATEX (EST) Nº 6 1/2	B	2		
220200003	LUVVA CIRURGICA LATEX (EST) Nº 7 1/2	B	5		
Punção Venosa	230500001	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 18G	A	2	
	230500002	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 20G	A	2	
	230500003	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 22G	A	2	
	230500004	CAT PERIFERICO C/PROT ANTI-PICADA 24G	A	2	
	NÃO APLICÁVEL	GARROTE	A	1	
	NÃO APLICÁVEL	TESOURA	A	1	
210300001	ADESIVO ANTI ALERGICO 2,5	A	1		
Av. Gl. Capilar	80000053	REAG DET GLUCOSE NO SANGUE TIRA	B	1cx	
	250500025	LANCETA IRRECUPERAVEL	B	5	
	NÃO APLICÁVEL	MAQUINA AVALIAÇÃO GLICÊMIA CAPILAR	B	1	
ministração terapêutica	230200021	SER IRREC 2 PEÇAS 2ML	A	4	
	230200031	SER IRREC 2 PEÇAS 5ML	A	2	
	230200041	SER IRREC 2 PEÇAS 10ML	A	2	
	230600001	SIST TORNEIRAS 3 VIAS C/PROLONGAMENTO	A	2	
	230600011	SIST ADMINIST SOROS C/FILTRO	A	2	
	210200055	COMPRESSA TNT EST 5X5	A	4	
	210200052	COMPRESSA TNT EST 10X10	B	2	
	230100015	AGULHA IRRECUPERAVEL 21G (0,8X40)	A	4	

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho
Data: 14/01/2023

Revisto: Direção enfermagem e CCS
Data:

Aprovado: Diretora Executiva
Data:

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

Ad	Ti	230100077	AGULHA IRRECUPERAVEL 25G (0,5X25)	A	4
		230100014	AGULHA IRRECUPERAVEL 20G (0,9X25)	A	4
		290100018	LUVA NITRILÓ N/ ESTERILIZADA - M	B	10
		290100020	LUVA NITRILÓ N/ ESTERILIZADA - L	B	10
		NÃO APLICAVEL	ESTÉTOSCOPIO	C	1
		NÃO APLICAVEL	ESFIGMOMANOMETRO		1
		NÃO APLICAVEL	ÓXIMETRO	C	1
		NÃO APLICAVEL	SACO PLÁSTICO BRANCO	E	2
		NÃO APLICAVEL	CONTENOR DE PICANTES	D	1
		NÃO APLICAVEL	ATILHOS	E	2
NÃO APLICAVEL	MÁSCARA CIRURGICA	E	5		
NÃO APLICAVEL	MÁSCARA PROT. RESP. FFP2	E	5		
NÃO APLICAVEL	LISTA DE FARMACOS E/OU MATERIAL CONSUMIDO	E	1		
Observações					
DIA		PROFISSIONAL QUE UTILIZOU		Nº MEC	
/ /					
DIA		PROFISSIONAL QUE REPÓS		Nº MEC	
/ /					

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho
Data: 14/01/2023

Revisto: Direção enfermagem e CCS
Data:

Aprovado: Diretora Executiva
Data:

	PROCEDIMENTO Mala de Emergência	Código:	Edição: 01
	Manual de Procedimentos	Data: 14/01/2023	A rever: 2024

ANEXO V – Lista de Verificação de Auditoria



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AUDITORIA	
MALA DE EMERGÊNCIA DA UCC OLHOS DE ÁGUA	
DATA: / /	
Enfermeiro Responsável pela Auditoria	Nº Mec

		CONFORME	NÃO CONFORME
1	Bolsas identificadas de A a E		
2	Sêlos presentes em todas as bolsas		
3	Sêlos existentes coincidentes com folha de registo de colocação se sêlos		
4	Folha de verificação semanal devidamente preenchida, datada e assinada		
5	Fármacos devidamente acondicionados		
6	Conteúdo da Mala de Emergência dentro da validade		
7	Folha de verificação semestral do conteúdo da mala devidamente preenchida, datada e assinada		
8	Folha de registo de material consumido e, conseqüentemente, repostado devidamente preenchida, datada e assinada		
9	Realizada auditoria do ano anterior		

Observações	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		

Recomendações	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		

Assinatura do Auditor e respetivo número mecanográfico	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td> </td></tr> </table>	

Elaborado: Enfermeira Carla Carvalho Data: 14/01/2023	Revisto: Direção enfermagem e CCS Data:	Aprovado: Diretora Executiva Data:
--	--	---------------------------------------

APÊNDICE B – Plano de Sessão desenvolvido para Capacitação de Auxiliares Escolares,
em âmbito de PSI.

PLANO DE SESSÃO

Temática	Diabetes Mellitus: Aprender para Vencer com o X	Data de realização	7 de fevereiro de 2023
		Nº de horas	1 hora e 15 minutos
Formador		Nº Sessão	1
Destinatários	Docentes e não docentes	Local	Centro de Ciência Viva de Alviela - Carsoscópio

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Literacia em Saúde, sobre a Diabetes Mellitus tipo I, nas cuidadoras de contexto escolar.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir <i>Diabetes Mellitus</i>; • Conhecer a fisiopatologia da <i>Diabetes Mellitus</i>; • Conhecer a prevalência da <i>Diabetes Mellitus</i>, em Portugal; • Identificar o tratamento da <i>Diabetes Mellitus</i>; • Demonstrar a técnica de administração de insulina; • Identificar a necessidade de administração do <i>Glucagon</i> e a sua técnica; • Definir hipoglicémia e hiperglicémia e procedimentos a ter perante as situações; • Treinar duas situações hipotéticas de hipoglicémia; • Conhecer o Plano de Saúde Individual (PSI) da criança.

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do(s) formador(es) • Objetivos da sessão e enquadramento da <i>Diabetes Mellitus</i> (DM) como necessidade de saúde especial com necessidade de PSI. 	Expositivo e Interativo.	Computador; Projetor de Multimédia; Documentação; Seringas de glicemia e glucagon.	Observação direta; Validação do conhecimento adquirido na sessão através de colocação de questões sobre o conteúdo abordado.
Desenvolvimento	1 h 20	<ul style="list-style-type: none"> • DM, os seus tipos, prevalência no Mundo e em Portugal; • Que valores permitem fazer o seu diagnóstico?; • Fisiopatologia da DM (relação insulina e glicose); • Valores de glicemia pediátricos aceitáveis na DM tipo 1; • Instrumentos necessários para a vigilância necessários no tratamento da DM tipo 1 (Libre, glicómetro e caneta de insulina); • Identificar a necessidade de pesquisas de glicémia e administração de insulina antes das refeições. • Hipoglicémia e hiperglicémia. • Conhecer os modos de atuação na hipoglicémia e hiperglicémia; • Glucagen, o que é e como administrar. • Atitudes corretas na hipoglicémia e hiperglicémia; 			

		<ul style="list-style-type: none">• Corpos cetónicos e efeitos no organismo e procedimentos a ter;• Treinar duas situações hipotéticas no grupo.			
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none">• Resumo da sessão e esclarecimento de dúvidas;• Debate sobre o papel da escola numa situação de DM tipo 1;• Avaliação de conhecimentos;• Avaliação da sessão.			

APÊNDICE C – Revisão Integrativa da Literatura

Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

Revisão Integrativa da Literatura

Joana Filipa Agostinho Bento

Professora Orientadora: Doutora Teresa Kraus

Leiria, março de 2023



Escola Superior de Saúde de Leiria

Politécnico de Leiria

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária:

Área de Enfermagem da Saúde Comunitária e da Saúde Pública

Revisão Integrativa da Literatura:

**As Lesões Musculoesqueléticas nos Enfermeiros que exercem
funções em contexto de Cuidados de Saúde Primários**

Apresentado ao Politécnico de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório elaborado por:

Joana Filipa Agostinho Bento nº5210159

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, com Relatório Final

Professora Orientadora: Doutora Teresa Kraus

Leiria, 31 de março de 2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	9
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

APÊNDICES

APÊNDICE A – Avaliação Metodológica dos Artigos Incluídos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Elementos da questão PICO	10
Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão da Revisão Integrativa da Literatura.....	10
Tabela 3 – Estudos incluídos na revisão integrativa – classificação e categorização	12

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Seleção dos artigos para a Revisão Integrativa da Literatura	11
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

cit. – Abreviatura para citado

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICO – Acrónimo para *Pacient* (Pessoa/Problema), *Intervention* (Intervenção), *Comparison/Control* (Comparação) e *Outcomes* (Resultados)

INTRODUÇÃO

A nível global atribuem-se cerca de 2.78 milhões de mortes atribuídas ao trabalho, anualmente, representando uma mortalidade relacionada com o trabalho de 5% do total de mortes globais (Hämäläinen, Takala & Boon Kia, 2017).

A maior parcela da mortalidade atribuída ao trabalho está relacionada com doenças ligadas ao trabalho. O seu número estimado (aproximadamente, 2.4 milhões de mortes, das quais 200 000 mil, na Europa) excede, em muito, a soma do número de acidentes de trabalho e as mortes que resultam dos mesmos. Após as doenças circulatórias, neoplasias malignas e doenças respiratórias, as lesões profissionais são as que mais contribuem para a mortalidade total relacionada com o trabalho (Hämäläinen, Takala & Boon Kia, 2017).

A OMS (2022), evidencia que uma análise de dados realizada em 2019, pelo *Global Burden of Disease*, concluiu que 1.71 bilhões de pessoas vivem com lesões musculoesqueléticas, nomeadamente, lombalgia, cervicalgia, fraturas, osteoartrite, amputação e artrite reumatóide. Para além disso, foram as que mais contribuíram incapacidade global representando aproximadamente, 17% da População.

Na União Europeia, as Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) constituem um grave problema de saúde ocupacional, sendo o grupo de doenças profissionais mais prevalente, uma vez que, três em cada cinco trabalhadores apresentam queixas características deste tipo de lesões (APSEI, 2021). Para além disso, em alguns países europeus, os encargos com este tipo de lesões situa-se em cerca de 0,5 a 2 % do produto nacional bruto (DGS, 2008).

Em Portugal, os dados relativos a prevalência das LMERT são escassos devido à inexistência de referenciação, o que conduz à subestimação da sua prevalência na população ativa e na população em geral. (CGTP-IN, s/d). Por isso, não nos permite conhecer, com rigor, a sua importância, a nível Nacional.

Em 2019, Castelôa *et al.*, realizaram uma revisão integrativa da literatura relativa à prevalência das LMERT dos enfermeiros. Nesta incluíram 21 artigos que abrangiam um total de 28 036 enfermeiros, de diferentes países e inseridos em contextos laborais muito diversificados. Conclui-se que as LMERT constituem uma realidade evidente desta classe profissional, com uma elevada prevalência e com maior destaque nas lesões na região lombar.

No entanto, a importância dada às repercussões destas lesões não é a mesma para os enfermeiros que exercem funções na área hospitalar e em CSP. Mesmo existindo conhecimento de que os enfermeiros de CSP também detêm problemas

musculoesqueléticos ligados ao trabalho, como a área hospitalar é percecionada como mais problemática é, por isso, mais valorizada quando comparada com os CSP (Ribeiro, 2013).

A atividade profissional do enfermeiro de CSP prende-se com as consultas de vigilância de saúde (dando resposta aos Programas de Saúde Nacionais Prioritários), tratamento de feridas, visitação domiciliária, entre outras atividades de promoção de saúde. Diariamente estes profissionais desempenham um papel repleto de intervenções bastante diversificadas, que exigem competências e habilidades extrema e igualmente diversificadas. Estes fatores desencadeiam *stress* que, aliado ao baixo rácio de enfermeiros por população, contribuiu majoramente para a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética (Farias & Zeitoune, 2005, cit. por Ribeiro, 2013).

Quando os cuidados passam a ser prestados no domicílio dos utentes, o risco de aparecimento de LMERT aumenta. Dado o cenário improvável que é possível encontrar na casa dos utentes: má ou falta de organização do espaço, mobiliário desadequado, iluminação desadequada e/ou camas não articuladas, o enfermeiro de CSP tem alta probabilidade de contrair uma lesão musculoesquelética (Alexopoulos, Burdorf & Kaleokerinou, 2006; Smith & White, 1993, cit. por Ribeiro, 2013).

METODOLOGIA

De acordo com Mendes *et al.* (2008), a revisão integrativa da literatura é um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre um tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, para além de que, poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações.

A pesquisa bibliográfica é um dos melhores métodos para se iniciar um estudo, pois esta permite ao pesquisador verificar as semelhanças e diferenças na compilação de informação que é pertinente sobre um tema proporcionando, deste modo, uma atualização frequente – fundamental na área de Enfermagem (Whittemore & Knafl, 2005).

Deste modo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, tendo como objetivo de verificar a evidência científica existente sobre o tema.

Então, definiu-se o título do estudo “Eficácia de um Projeto de Intervenção para Promover a Saúde Laboral dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo”, que visa responder à questão de suporte do estudo: “Qual a eficácia de um projeto de intervenção nos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários?”.

Porém, devido à escassez de artigos ainda publicados, decidiu-se nortear a questão de investigação para a prevalência de LMERT nos enfermeiros de Cuidados de Saúde primários, visando facilitar o planeamento em saúde para a construção de um projeto.

Assim, formulou-se a questão de investigação norteadora da revisão da literatura: “Qual a prevalência das LMERT nos Enfermeiros a exercer funções, em contexto de Cuidados de Saúde Primários?”

Para a formulação da questão de investigação foi utilizada a metodologia PICO, que representa um acrónimo para *Pacient* (Pessoa/Problema), *Intervention* (Intervenção), *Comparison/Control* (Comparação) e *Outcomes* (Resultados). Estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da mesma para a pesquisa de evidências (Sousa *et al.*, 2018).

Abaixo, encontram-se apresentados, na tabela 1, os quatro elementos integrantes desta metodologia.

Tabela 1 – Elementos da questão PICO

P	População	Enfermeiros
I	Intervenção	Verificar prevalência de LMERT
C	Contexto	Cuidados de Saúde Primários
O	Resultados	Prevalência de LMERT

Após a elaboração da questão PICO, deu-se início à pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE, através da plataforma de busca EBSCOhost, SciELO e no RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal).

Com o auxílio dos descritores e operadores booleanos: “nurs*” **AND** “primary health care” **AND** “musculoskeletal*”, a pesquisa realizada resulta na totalidade de 176 artigos obtidos.

Seguidamente, o investigador deve referir os critérios de inclusão e exclusão empregues na elaboração da revisão. Deste modo, os mesmos foram definidos (tabela 2) e aplicados.

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão da Revisão Integrativa da Literatura

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos sem restrição de idioma	Enfermeiros que não exerçam funções em Cuidados de Saúde Primários
Artigos de acesso gratuito	Outros profissionais de Saúde que não Enfermeiros
Enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Primários	Artigos duplicados
Sem intervalo temporal	Artigos pagos

Uma vez implementados os critérios acima delineados, de modo a extrair a totalidade dos dados relevantes dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura, procedeu-se à leitura nos títulos, resumos e, por fim, da sua integridade. O processo de seleção encontra-se esquematizado na figura 1, tendo sido realizada de acordo com o diagrama de fluxo PRISMA (Moher *et al*, 2015).

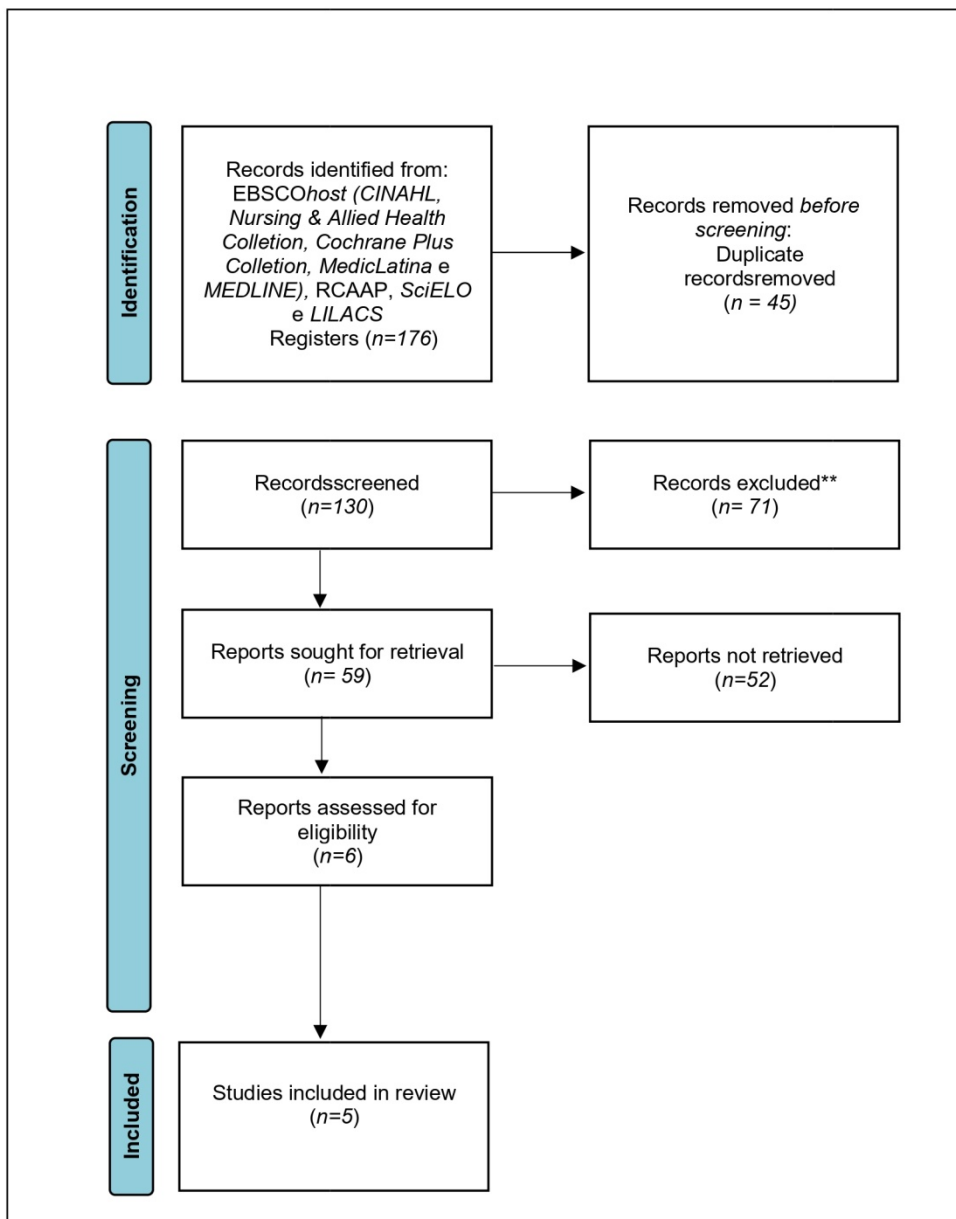


Figura 1 – Seleção dos artigos para a Revisão Integrativa da Literatura

Fonte: Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

RESULTADOS

Consideraram-se, então, 5 artigos na Revisão Integrativa da Literatura.

Visando simplificar, resumir e organizar a informação encontrada nos artigos, os mesmos foram categorizados através do instrumento, que se encontra na tabela 3.

Tabela 3 – Estudos incluídos na revisão integrativa – classificação e categorização

	Identificação (autor, ano, título)	Metodologia e amostra	Objetivo/Questão de investigação	Resultados
E1	Garbin, A. J. Í., Nascimento, C. C. M. P., Zacharias, F. C. M., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S. & Saliba, N. A. (2022). <i>Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic.</i>	Estudo transversal, no período de janeiro/2019 a dezembro/2020, com 997 profissionais de saúde de Cuidados de Saúde Primários, no Brasil	Identificar a frequência de ocorrência do absenteísmo por doença, de acordo com o perfil dos profissionais de Cuidados de Saúde Primários, e verificar se houve impacto da pandemia na duração e motivos dos afastamentos.	Dos 977 profissionais da APS, 633 (64,79%) utilizaram o atestado médico para justificar sua ausência no trabalho em 2019, e 837 (85,67%), em 2020. O principal motivo dos afastamentos foi as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo nos dois anos. A duração média dos afastamentos foi de 7,33 dias (DP=17,33) em 2019 e de 9,88 dias (DP=16,05) em 2020
E2	Carneiro, P.; Braga, A.; Barroso, M. (2012). <i>Forecasting the risk of WRMSDs in home care nurses.</i>	Estudo quantitativo realizado a 147 enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários	Caracterização das LMERT em enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários, que realizam visita domiciliária	A prevalência de LMERT centra-se na coluna (cervical, dorsal e lombar) e ombros. Diversos fatores como a altura da cama, disposição da mobília e disponibilidade de equipamentos contribuem para adoção de posturas incorretas e ocorrência de LMERT. Concluiu-se que os enfermeiros de CSP, que realizam visita domiciliária apresentam uma maior prevalência de LMERT na região lombar.
E3	Pinto, R. (2018). <i>Prevalência De Dor Lombar E Fatores Associados Entre Enfermeiros De Unidades Básicas De Saúde Da Cidade Pelotas-Rs</i>	Estudo transversal, observacional e descritivo realizado na zona urbana do município de Pelotas (Brasil) com 89 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Descrever a prevalência de dor lombar entre os enfermeiros que trabalham em unidade básica de saúde.	Os índices de prevalência de dor lombar nesta população foram elevados e mostraram-se similar aos encontrados em ambiente hospitalar. Este achado demonstra que apesar de diferentes condições de trabalho, profissionais de enfermagem de UBS também são altamente afetados por esta morbidade, refletindo negativamente entre os enfermeiros em todos os níveis de atenção. Características individuais como massa corporal, percepção de saúde e sintomas depressivos estiveram associados ao desfecho estudado.

E4	Medeiros, C. R. da S., Coropes, V. B. A. dos S., Silva, K. G., Shoji, S., Souza, N. V. D. de O., Souza, M. H. do N., & Farias, S. N. P. de. (2021). <i>Occupational damage to nurses in Primary Health Care.</i>	Estudo transversal com 116 enfermeiros de Estratégia Saúde da Família.	Analisar a prevalência e os tipos de danos ocupacionais entre enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família.	Evidenciou elevada prevalência de adoecimento manifestado por danos físicos classificados como risco crítico: dores no braço, alterações de apetite e distúrbios circulatórios e, classificados como risco grave: dores de cabeça, dores na perna, alterações de sono, dores nas costas e no corpo.
E5	Ribeiro, T., Serranheira, F., & Loureiro, H. (2017). <i>Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses.</i>	Estudo, transversal realizado a 40 enfermeiros de CSP	Descrever sintomas autorreferidos por enfermeiros de DORT (principalmente desconforto e dor) na APS, caracterizando as principais tarefas laborais que podem ter fatores de risco para o seu desenvolvimento.	Tal como noutras áreas da prática de enfermagem, também nos CSP os enfermeiros estão expostos a fatores de risco que se associam a uma elevada prevalência de sintomas de DORT. Posturas "inadequadas" e extremas mantidas por períodos prolongados e sua repetitividade contribuirão para essa ocorrência. Isso mostra a necessidade de desenvolver programas de prevenção ocupacional para coibir esse problema de saúde ocupacional entre os enfermeiros da APS.

Seguiu-se com a avaliação metodológica de acordo com a JBI. Cada estudo foi classificado com um *score*, constituindo o somatório de respostas afirmativas, sendo a classificação final a razão entre o *score* obtido e o máximo aplicável a esse tipo de estudo (Apêndice A). Os estudos que obtiverem até um máximo de duas respostas negativas, classificando-se com uma pontuação superior a 75% podem ser considerados de boa qualidade, excluindo-se os estudos com pontuação inferior (Moola *et al*, 2020).

O número total de enfermeiros incluídos nestes estudos foi de 2 184, de diversos países, inseridos apenas em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Revelou-se uma elevada prevalência de LMERT nos enfermeiros inquiridos nestes estudos, sendo os locais mais prevalentes associados à coluna vertebral (cervical, dorsal e lombar) e ombros (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Medeiros *et al*, 2021; Garbin *et al*, 2022).

Os principais fatores de risco referidos enquadram-se-se em três categorias: físicos, psicossociais e ergonómicos.

Quanto aos fatores de risco físicos ou biológicos, foram mencionados a idade, peso, condicionamento físico e antiguidade laboral (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Garbin *et al*, 2022).

No que toca aos fatores de risco psicossociais, foram identificadas o número de pausas durante as jornadas insuficiente, condições stressantes do local de trabalho, motivação, baixa remuneração (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Garbin *et al*, 2022).

Já nos fatores ergonómicos enumeram-se as condições físicas do local de trabalho, a utilização de equipamentos disponíveis para exercer a atividade profissional, a carga horária laboral, os rácios inadequados, adoção de posturas inadequadas e a repetitividade de movimentos (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018).

Em consequência à exposição dos inúmeros fatores de risco enumerados, que originam as LMERT, surge o aumento do absentismo, originando afastamentos temporários ou mesmo permanentes dos enfermeiros que, na maioria dos casos, contribui para o sofrimento dos profissionais e, em alguns casos, acomete para a reforma antecipada (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Pinto, 2018).

De enaltecer que Ribeiro, Serranheira e Loureiro (2017), concluem que ocorre um menor absentismo nos enfermeiros que praticam atividade física.

O aumento descontrolado de absentismo reflete as condições de trabalho e de saúde dos profissionais. Este facto, pode ser agravado em momentos de pandemia, tal como a que vivenciamos, ou de qualquer outro contexto que desencadeie contaminação e proliferação de determinada doença. Pois, estes fenómenos têm grande potencial de acometer diretamente a saúde dos trabalhadores (Garbin *et al*, 2022).

O absentismo nos profissionais de saúde pode agravar ainda mais o quadro dos serviços de saúde, uma vez que se encontram sob uma enorme sobrecarga nestas situações.

Em 2019 e 2020, respetiva e aproximadamente, 65% e 86% dos profissionais de saúde afastou-se do local de trabalho, entre 7 a 10 dias, por doenças musculoesqueléticas. Assim, Garbin *et al* (2022), concluíram que a pandemia por COVID-19 teve impacto na duração e motivos dos afastamentos dos profissionais de saúde, de cuidados de saúde primários.

DISCUSSÃO

É visível que os enfermeiros são um dos grupos profissionais a quem foi reconhecido, quer a nível nacional como internacional, elevadas taxa de LMERT (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Medeiros *et al*, 2021; Garbin *et al*, 2022).

Contudo, como o contexto hospitalar é percecionado como o de maior risco para o desenvolvimento de LMERT, em contexto de cuidados de saúde primários, esta é uma área ainda escassamente estudada e tem, por isso, sido alvo de cada vez mais investigação (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Medeiros *et al*, 2021; Garbin *et al*, 2022).

Para além disso, concluiu-se, em vários estudos, que as LMERT são um problema de saúde ocupacional que é transversal ao contexto de cuidados, isto é, os problemas manifestados pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários são idênticos aos encontrados em estudos dirigidos a profissionais em contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados, maioritariamente em âmbito hospitalar (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Medeiros *et al*, 2021).

Por este motivo, a maioria dos autores direciona futuros investigadores para realização de um planeamento de estratégias e intervenções que favorecem a promoção da saúde, segurança e satisfação dos enfermeiros (Carneiro, Braga & Cardoso, 2012; Ribeiro, Serranheira & Loureiro, 2017; Pinto, 2018; Medeiros *et al*, 2021; Garbin *et al*, 2022).

CONCLUSÃO

Em relação à questão que norteou esta revisão integrativa da literatura, tornou-se evidente que as LMERT constituem uma realidade dos enfermeiros de CSP, com uma elevada prevalência a nível da coluna vertebral.

Encontraram-se algumas dificuldades relativas à limitação de tempo para a realização desta revisão bibliográfica e a escassez de artigos encontrados relacionados com a temática em causa.

Por isso, foi francamente esclarecedor que é uma área que carece de investigação, visando mitigar este tipo de lesões nos enfermeiros ao identificá-las e preveni-las. Deste modo, permite-se a promoção não apenas da saúde desta comunidade, mas também melhorar a sua qualidade de vida.

Conclui-se na maioria dos artigos incluídos que devem ser implementadas intervenções ou desenvolvidos programas e projetos de intervenção, com o intuito de diminuir a prevalência de LMERT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSEI. (2021). *Segurança no Trabalho: As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)*. APSEI. Acedido a 27/01/2023 em: <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>
- Carneiro, P.; Braga, A.; Barroso, M. (2012). Forecasting the risk of WRMSDs in home care nurses. Guimarães: University of Minho, School of Engineering, Department of Production and Systems Engineering. Acedido a 20/2/2023 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20449>
- Castelôa, L. et al. (2019). Prevalência das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho dos Enfermeiros: Revisão Integrativa. RIIS 2019. Vol.2(1), 63-74. Acedido a 21/02/2023 em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/48/52>
- CGTP-IN. (s/d). *Estudo PROUD sobre lesões músculo-esqueléticas revela: 5,9% dos trabalhadores portugueses sofre de doenças reumáticas por causa do seu trabalho*. Acedido a 28/01/2023 em: <https://www.cgtp.pt/seguranca-e-saude/estudos/7570-estudo-proud>
- DGS. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: guia para a prevenção*. Lisboa: DGS.
- Garbin, A.J.I. et al. (2022). Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm 2022;75(Suppl 1):e20220028. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028pt>
- Hämäläinen, P.; Takala, J. & Boon Kia, t. T. (2017). *Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017*. Singapore: Workplace Safety and Health Institute.
- Medeiros, C. R. S. et al. (2021). *Occupational damage to nurses in Primary Health Care*. Rev Rene.;22:e60056. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260056>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto and Contexto Enfermagem, 17(4), 758-64.
- Moher, D. et al. (2015). *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement*. Systematic Reviews, 4, 9. <https://doi:10.1186/2046-4053-4-1>
- Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
- OMS. (2022). *Musculoskeletal Health*. Acedido a 30/01/2023 em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Pinto, R. (2018). *Prevalência de Dor Lombar e Fatores Associados entre Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Cidade Pelotas-RS*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- Ribeiro, T. (2013). *Sintomatologia de Lesões MusculoEsqueléticas Ligadas ao Trabalho em Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Ribeiro, T., Serranheira, F. & Loureiro, H. (2017). *Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses*. Applied Nursing Research, 33; 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>
- Sousa, L. et al. (2018). *Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência*. Revista Investigação em Enfermagem – Maio 2018: 31-39
- Whittemore R, Knaf K. (2005). *The integrative review: update methodology*. J Adv Nurs.;52(5):546-53.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Avaliação Metodológica dos Artigos Incluídos

Revisora: Joana Bento, em janeiro de 2023

Tabelas adaptadas de: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies					
E1: Garbin, A.J.I. <i>et al.</i> (2022). Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. <i>Rev Bras Enferm</i> 2022;75(Suppl 1):e20220028. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028pt					
Validade dos Resultados		Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1	Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2	Os sujeitos dos estudos a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3	A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4	Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5	Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6	As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7	Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8	Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação Geral					
Incluir		Excluir		Procurar mais Informação	
x					
Comentários					
100%					

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies					
E2: Carneiro, P.; Braga, A.; Barroso, M. (2012). Forecasting the risk of WRMSDs in home care nurses. Guimarães: University of Minho, School of Engineering, Department of Production and Systems Engineering. Acedido a 20/2/2023 em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20449					
Validade dos Resultados		Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1	Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2	Os sujeitos dos estudos a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3	A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4	Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5	Os fatores confusionais foram identificados?			x	
6	As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?			x	
7	Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8	Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação Geral					
Incluir		Excluir		Procurar mais Informação	
x					
Comentários					
75%					

JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies					
E3: Pinto, R. (2018). <i>Prevalência de Dor Lombar e Fatores Associados entre Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde da Cidade Pelotas-RS</i> . Pelotas: Universidade Federal de Pelotas					
Validade dos Resultados		Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1	Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2	Os sujeitos dos estudos a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3	A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4	Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5	Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6	As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7	Os resultados doram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8	Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação Geral					
Incluir		Excluir		Procurar mais Informação	
x					
Comentários					
100%					

JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies					
E4: Medeiros, C. R. S. <i>et al.</i> (2021). <i>Occupational damage to nurses in Primary Health Care</i> . Rev Rene.;22:e60056. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260056					
Validade dos Resultados		Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1	Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2	Os sujeitos dos estudos a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3	A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4	Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5	Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6	As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7	Os resultados doram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8	Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação Geral					
Incluir		Excluir		Procurar mais Informação	
x					
Comentários					
100%					

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies					
E5: Ribeiro, T., Serranheira, F. & Loureiro, H. (2017). <i>Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses</i> . <i>Applied Nursing Research</i> , 33; 72-77. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003					
Validade dos Resultados		Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1	Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2	Os sujeitos dos estudos a configuração foram descritos detalhadamente?	x			
3	A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4	Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	x			
5	Os fatores confusionais foram identificados?	x			
6	As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	x			
7	Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	x			
8	Foi usada uma análise estatística apropriada?	x			
Avaliação Geral					
Incluir		Excluir		Procurar mais Informação	
x					
Comentários					
100%					

APÊNDICE D – Planos de Sessão para cada atividade a desenvolver

ATIVIDADE 1: PLANO DE SESSÃO

Temática	Estou em sobrecarga! E depois?	Data de realização	Novembro de 2023
		Nº de horas	1 hora
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessão	1
Destinatários	Enfermeiros do ACES Médio Tejo	Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Literacia em Saúde, sobre LMERT, nos enfermeiros do ACES Médio Tejo.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir LMERT; • Conhecer a sintomatologia associada a LMERT; • Conhecer a prevalência de LMERT, no Mundo e em Portugal; • Conhecer os fatores de risco para ocorrência de LMERT; • Identificar o tratamento de LMERT; • Apresentar os resultados do panorama atual dos enfermeiros do ACES Médio Tejo, no que toca às LMERT; • Avaliar ganhos de conhecimento.
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a Saúde

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do(s) formador(es) • Objetivos da sessão e enquadramento das LMERT como problemática com necessidade de intervenção. 	Expositivo e Interativo.	Computador; de Projektor Multimédia; Documentação;	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 1 e 4
Desenvolvimento	40'	<ul style="list-style-type: none"> • O que são as LMERT? • Que sintomas estão associados a LMERT? • Panorama mundial e em Portugal de tipo de lesões; • Panorama atual dos enfermeiros do ACES Médio Tejo; • Que fatores de risco podem conduzir a LMERT? • Como se trata? • Como se previne? 			
Conclusão	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão e esclarecimento de dúvidas; • Debate sobre a pertinência de intervenção na população-alvo; • Avaliação de conhecimentos; • Avaliação da satisfação da sessão. 			

ATIVIDADE 2 : PLANO DE SESSÃO

Temática	Aprender a ginasticalar!	Data de realização	Novembro de 2023
		Nº de horas	1 hora
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessão	1
Destinatários	Enfermeiros do ACES Médio Tejo	Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Literacia em Saúde, sobre ginástica laboral, nos enfermeiros do ACES Médio Tejo.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir ginástica laboral; • Conhecer os benefícios da ginástica laboral; • Sensibilizar para a pertinência da realização de ginástica laboral; • Demonstrar alguns exercícios que previnem LMERT; • Fomentar prática de exercícios de ginástica laboral; • Treinar alguns exercícios simples; • Fomentar e fortalecer o espírito de equipa; • Avaliar ganhos de conhecimento.
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a Saúde

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do(s) formador(es) • Objetivos da sessão e enquadramento da ginástica laboral como problemática com necessidade de intervenção. 	Expositivo e Interativo.	Computador; de Projektor Multimédia; Documentação.	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 1 e 4
Desenvolvimento	40'	<ul style="list-style-type: none"> • O que é a ginástica laboral? • Pertinência de realizar ginástica laboral; • Benefícios da ginástica laboral; • Demonstrar alguns exercícios simples; • Treinar exercícios; 			
Conclusão	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão e esclarecimento de dúvidas; • Debate sobre a pertinência de intervenção na população-alvo; • Avaliação de conhecimentos; • Avaliação da satisfação da sessão. 			

ATIVIDADE 3: PLANO DE SESSÃO

Temática	Siga! Vamos ginasticar!	Data de realização	Novembro de 2023
		Nº de minutos	10 minutos
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessões	3 vezes por semana em dias e horários a definir em cada unidade funcional
		Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X
Destinatários	Enfermeiros do ACES Médio Tejo		

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar a prática de ginástica laboral para prevenir LMERT.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Treinar exercícios de ginástica laboral; Fomentar o espírito de equipa; Fomentar bem-estar; Prevenir LMERT; Avaliar satisfação da sessão.
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> Sessão de prática de exercícios

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	2'	<ul style="list-style-type: none"> Aquecimento muscular e articular 	Expositivo e Interativo.	Fisioterapeuta, Enfermeiro Especialista em Reabilitação ou elo nomeado do projeto "Sobre(A)cargA"	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 3,4 e 5
Desenvolvimento	6'	<ul style="list-style-type: none"> Treinar exercícios de ginástica laboral 			
Conclusão	2'	<ul style="list-style-type: none"> Alongamentos 			

ATIVIDADE 4: PLANO DE SESSÃO

Temática	Continuar a melhorar!	Data de realização	Março de 2024
		Nº de horas	1 hora
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessão	1 a cada 6 meses
Destinatários	Enfermeiros do ACES Médio Tejo	Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os enfermeiros de CSP, do ACES Médio Tejo, para importância da prevenção das LMERT, através da continuidade do projeto.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar o Projeto "Sobre(A)cargA"; Apresentar resultados do projeto; Salientar importância da continuidade do projeto.
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> Sessão de sensibilização

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do(s) participantes/intervenientes no projeto; Apresentação dos objetivos da sessão. 	Expositivo e Interativo.	Computador;	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 6
Desenvolvimento	30'	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar resultados do projeto "Sobre(A)cargA". 		Projektor Multimédia;	
Conclusão	10'	<ul style="list-style-type: none"> Debate sobre a pertinência e continuidade do projeto; Avaliação da satisfação da sessão. 		Documentação.	

ATIVIDADE 5: PLANO DE SESSÃO

Temática	Reunião para mudança organizacional	Data de realização	Novembro de 2023
		Nº de minutos	30 minutos
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessões	1 a cada 6 meses
Destinatários	Coordenadores das Unidades Funcionais do ACES Médio Tejo	Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria de condições laborais para os enfermeiros do ACES Médio Tejo
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar que condições laborais podem melhorar; Selecionar estratégias de melhoria; Implementar estratégias de melhoria; Avaliar melhoria de condições laborais.
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com coordenadores de unidades funcionais, via presencial ou via zoom

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos intervenientes na reunião; Apresentação dos objetivos da reunião. 	Expositivo e Interativo.	Elo nomeado do projeto "Sobre(A)cargA", mestrandos e coordenadores das Unidades Funcionais	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 2 e 5
Desenvolvimento	20'	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de resultados do diagnóstico de situação desenvolvido; Debate sobre estratégias de melhoria de condições laborais; Sugestões de melhoria. 			
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar pertinência de melhoria de condições laborais. 			

ATIVIDADE 6: PLANO DE SESSÃO

Temática	Sessão para nomeação de elo do projeto	Data de realização	Novembro de 2023
		Nº de horas	1 hora
Formador	Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem de SCSP	Nº Sessões	1 vez por ano
Destinatários	Enfermeiros do ACES Médio Tejo	Local	Sala de Reuniões da Unidade Funcional X

Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir continuação do projeto
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • .Apresentar o projeto de intervenção comunitária
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de sensibilização

Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Recursos humanos e técnico pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos mestrandos intervenientes no projeto; • Apresentar objetivos da sessão; 	Expositivo e Interativo.	Mestrandos	Avaliação direcionada aos indicadores dos objetivos específicos definidos nº: 6
Desenvolvimento	40'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar projeto de intervenção comunitária; • Sensibilizar para a pertinência do projeto; • Descortinar as funções do elo do projeto; 			
Conclusão	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Nomeação do elo do projeto. 			

APÊNDICE E – Exemplo de Folha de Presenças

APÊNDICE F – Cronograma do Projeto “LMERT/OUT”

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO “LMERT/OUT”

ATIVIDADES	ANO	2022						2023				2024			
	MÊS	Fev	Mar	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Definição do tema a investigar															
Pedido de Autorização de utilização do questionário aos autores do mesmo															
Pedido de autorização da realização do estudo à ARSLVT															
Aplicação de questionários à população-alvo															
Realização do diagnóstico de situação															
Elaboração do Projeto “LMERT/OUT”															
Implementação do projeto de intervenção comunitário															
Avaliação do Projeto “LMERT/OUT”															

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Favorável para realização do estudo pela ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Teresa Madalena Barros

teresa.kraus@ipleiria.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

25/CES/2023

Assunto: Eficácia de um Programa de Intervenção para Promover a Saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 16.12.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável à 1ª fase do estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

ANEXO II – Consentimento Informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Identificação do Investigador Responsável: Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

Título do estudo: Eficácia de um Programa de Intervenção para Promover a Saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo

Introdução e contexto: Este estudo está a ser desenvolvido pela Escola Superior do Politécnico de Leiria.

A crise de Saúde Pública ocasionada pela pandemia por COVID 19 provocou uma disrupção económica, política e social sem precedentes, impondo mudanças laborais drástica que fizeram emergir, agravar e realçar riscos psicossociais. Entre estes, face à pressão para responder às exigências do trabalho, evidencia-se o stress laboral, com repercussões profissionais, pessoais, mas sobretudo, familiares (Theorell, 1996; Hamouche, 2020).

Também as Lesões Músculo-esqueléticas de repetição associadas ao trabalho (LMERT), são uma das causas mais graves e comuns do absentismo e presentismo, representando custos significativos para trabalhadores, seus famílias, empresas e comunidade.

Investir na prevenção irá promover a saúde e as perspetivas de carreira dos trabalhadores, aumentar a competitividade das empresas e beneficiar os sistemas nacionais de saúde (AESST, 2020).

Neste contexto, de forma a implementar um programa, eficaz, para a promoção da saúde dos Enfermeiros, importa, para além da sua perceção quanto ao impacto da Pandemia por COVID-19 sobre o estado geral da sua saúde, avaliar a prevalências das LMERT e do Stress Laboral.

Objetivos do estudo:

O presente estudo pretende: Determinar os dados sociodemográficos, clínicos e determinantes da saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo; Avaliar, a perceção dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo quanto ao impacto da Pandemia por CoVID-19 sobre o seu estado geral de saúde; a incidência das Lesões Músculo-esqueléticas de Repetição no Trabalho (LEMERT); e a incidência do Stress Laboral; Desenvolver um plano de ação de acordo com os resultados identificados; Intervir junto da População-alvo e Avaliar a eficácia da intervenção proposta.

Procedimentos: A sua participação no estudo envolve a resposta a questões antes e depois de uma formação sobre, como melhorar a saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo.

As questões serão sobre dados sociodemográficos e de saúde (a 1º vez que responde), antes da formação e 5 semanas após a formação.

Riscos e benefícios: Não há riscos previsíveis associados à sua participação neste estudo.

Pagamento ou compensação: A participação no estudo não implica qualquer tipo de despesa financeira, como tal, não haverá lugar ao ressarcimento de nenhuma despesa. Não irá receber qualquer tipo de recompensa material pela participação neste estudo.

Participação voluntária: A sua participação neste estudo é voluntária, isto é, pode escolher participar ou não, sendo que, caso decida participar, poderá desistir a qualquer momento sem ter de facultar qualquer justificação. A decisão de não participar no estudo ou de desistir de participar no mesmo não terá nenhuma consequência, sendo garantido que não terá nenhum prejuízo independentemente da sua decisão, o próprio ou o idoso que cuida.

Ética: Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da ARS LVT e mereceu o parecer favorável para a sua realização.

Confidencialidade e Proteção de Dados: Será garantida a confidencialidade de todos os dados introduzidos no questionário e o acesso aos mesmos será restrito aos investigadores, que estão obrigados a manter a confidencialidade e anonimato dos dados. A cada questionário será atribuído um código de identificação alfanumérico, não sendo o questionário identificado por nenhum dado pessoal do participante, garantindo a confidencialidade e anonimato do participante.

A recolha e tratamento de dados é, exclusivamente, para fins de investigação científica. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revistas científicas e jornais académicos, ou apresentados em seminários, conferências, aulas ou outras atividades académicas. Os questionários serão analisados em conjunto, isto é, os seus dados não serão analisados de forma individual, sendo esta mais uma garantia de anonimização. Todos os relatórios e publicações que resultem deste estudo seguirão as mesmas normas de garantia de confidencialidade e anonimato.

Os dados serão armazenados e conservados apenas pelo período necessário para cumprir as finalidades que motivaram a sua recolha e tratamento, ou até cinco anos após a conclusão da recolha de dados, de acordo com a legislação em vigor.

Contactos: Caso tenha alguma dúvida sobre a sua participação no estudo ou dele queira desistir poderá entrar em contacto com Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Email: teresa.kraus@ipleiria.pt

Por favor, leia com atenção a informação disponibilizada nesta página. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações a quem lhe está a apresentar este documento ou à investigadora responsável (contacto acima indicado).

Declaro ter lido e compreendido que as informações que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) acima mencionada(s). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Eficácia de um Programa de Intervenção para Promover a Saúde dos Enfermeiros do ACES Médio Tejo”. Estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo a recolha, tratamento e armazenamento dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para fins de investigação científica e publicações que decorram deste estudo na garantia de confidencialidade e anonimato que me é dada pela investigadora responsável.

Sim Não

Data: ___ / ___ / ___

Nome (conhecido apenas pela equipa de investigação): _____

Assinatura: _____

ANEXO III – Tabelas de SPSS, que permitiram a análise e interpretação dos dados

2. Sexo:			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Feminino	12	92,3
	Masculino	1	7,7
	Total	13	100,0

3. Formação Acadêmica			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Licenciatura	8	61,5
	Mestrado	5	38,5
	Total	13	100,0

6. Tem alguma doença?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	6	46,2
	Sim	7	53,8
	Total	13	100,0

7. Alguma vez teve o resultado do teste para COVID - 19 positivo?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	6	46,2
	Sim	7	53,8
	Total	13	100,0

7.1.1. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo diga há quantos meses			
		Frequência	Porcentagem
Válido		7	53,8
	0,6	1	7,7
	1	1	7,7
	12	1	7,7
	14	1	7,7
	7	2	15,4
	Total	13	100,0

7.1.2. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo diga se houve agravamento das doenças que descreveu na questão 6.1.			
		Frequência	Porcentagem
Válido		5	38,5
	Não	5	38,5
	Não aplicável	3	23,1
	Total	13	100,0

7.1.3. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo considera que o estado geral da sua saúde se deteriorou?			
		Frequência	Porcentagem
Válido		7	53,8
	Não	4	30,8
	Sim	2	15,4
	Total	13	100,0

7.1.4. Se respondeu sim na questão anterior, descreva resumidamente essa deterioração do seu estado de saúde.			
		Frequência	Porcentagem
Válido		11	84,6
	dores articulares por períodos , cansaço	1	7,7
	dores de cabeça	1	7,7
	Total	13	100,0

7.1.5. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo, quanto à recuperação da sua saúde do impacto sofrido pela COVID-19, como avalia o seu atual estado? (0 corresponde a sem recuperação e 10 corresponde a totalmente recuperado).			
		Frequência	Porcentagem
Válido	9	2	15,4
	10	5	38,5
	Total	7	53,8
Omisso	Sistema	6	46,2
Total		13	100,0

7.2.1. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo, quanto ao cansaço, como avalia o seu nível de cansaço antes de ter testado positivo à COVID-19? (0 corresponde a nada cansado e 10 corresponde a extremamente cansado).					
		Frequência	Porcentagem		
Válido	0	3			23,1
	1	1			7,7
	2	1	7,7	14,3	71,4
	3	1	7,7	14,3	85,7
	9	1	7,7	14,3	100,0
	Total	7	53,8	100,0	
Omisso	Sistema	6	46,2		
Total		13	100,0		

7.2.2. Se respondeu sim ao resultado do teste para COVID-19 positivo, quanto ao cansaço, como avalia o seu nível de cansaço depois de ter testado positivo à COVID-19? (0 corresponde a nada cansado e 10 corresponde a extremamente cansado).			
		Frequência	Porcentagem
Válido	0	3	23,1
	1	1	7,7
	8	1	7,7
	9	2	15,4
	Total	7	53,8
Omisso	Sistema	6	46,2
Total		13	100,0

7.3. Para além da sua atividade laboral, pratica atividade física de forma regular?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	8	61,5
	Sim	5	38,5
	Total	13	100,0

7.3.1. Se referiu sim, indique quantas horas, em média, dedica por semana à atividade física.			
		Frequência	Porcentagem
Válido		8	61,5
	2	1	7,7
	3	1	7,7
	5	2	15,4
	6	1	7,7
	Total	13	100,0

7.4. Se teve COVID, o desempenho da prática de atividade física foi alterado?			
		Frequência	Porcentagem
Válido		4	30,8
	Não	3	23,1
	Não aplicável	4	30,8
	Sim	2	15,4
	Total	13	100,0

10.1 Quantas pausas tem ao longo do turno/dia de trabalho?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	1	4	30,8
	2	8	61,5
	3	1	7,7
	Total	13	100,0

11. Considera que as condições físicas do seu local de trabalho asseguram uma boa saúde (espaço físico, altura ajustável dos equipamentos, aparelhos ou móveis, entre outros)?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	8	61,5
	Sim	5	38,5
	Total	13	100,0

12. Como avalia o nível de ruído no seu local de trabalho? (escolha a opção que mais se adequa à sua situação)			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Pouco ruído	10	76,9
	Ruído moderado	2	15,4
	Sem ruído	1	7,7
	Total	13	100,0

13. Como avalia o nível de esforço físico que o seu trabalho exige?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Algum esforço	8	61,5
	Esforço moderado	4	30,8
	Nenhum esforço	1	7,7
	Total	13	100,0

14.1 No PESCOÇO (zona a amarelo na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	4	30,8
	Sim	9	69,2
	Total	13	100,0

14.1.1 Se mencionou que teve problemas no pescoço, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		4	30,8
	Não	6	46,2
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.1.2 Se mencionou que teve problemas no pescoço, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		4	30,8
	Não	7	53,8
	Sim	2	15,4
	Total	13	100,0

14.1.3 Indique a intensidade da dor no pescoço sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	2	2	15,4
	4	2	15,4
	5	1	7,7
	6	2	15,4
	7	1	7,7
	8	1	7,7
	Total	9	69,2
Omisso	Sistema	4	30,8
Total		13	100,0

14.2 Nos OMBROS (zona a azul na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não tive problemas	5	38,5
	Sim em ambos	4	30,8
	Sim no ombro direito	2	15,4
	Sim no ombro esquerdo	2	15,4
	Total	13	100,0

14.2.1 Se mencionou que teve problemas nos ombros, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		5	38,5
	Não	4	30,8
	Sim	4	30,8
	Total	13	100,0

14.2.2 Se mencionou que teve problemas nos ombros, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		5	38,5
	Não	6	46,2
	Sim em ambos	2	15,4
	Total	13	100,0

14.2.3 Indique a intensidade da dor no ombro sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	2	1	7,7
	3	2	15,4
	4	1	7,7
	5	1	7,7
	8	3	23,1
	Total	8	61,5
Omisso	Sistema	5	38,5
Total		13	100,0

14.3 Nos COTOVELOS (zona a vermelho na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não tive problemas	11	84,6
	Sim no cotovelo esquerdo	2	15,4
	Total	13	100,0

14.3.1 Se mencionou que teve problemas nos cotovelos, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		11	84,6
	Sim	2	15,4
	Total	13	100,0

14.3.2 Se mencionou que teve problemas nos cotovelos, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		11	84,6
	Não	1	7,7
	Sim em ambos	1	7,7
	Total	13	100,0

14.3.3 Indique a intensidade da dor nos cotovelos sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	6	1	7,7
	8	1	7,7
	Total	2	15,4
Omisso	Sistema	11	84,6
Total		13	100,0

14.4 Nos PUNHOS/MÃOS (zona a laranja na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não tive problemas	9	69,2
	Sim em ambos	2	15,4
	Sim no direito	1	7,7
	Sim no esquerdo	1	7,7
	Total	13	100,0

14.4.1 Se mencionou que teve problemas nos punhos/mãos, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		9	69,2
	Não	1	7,7
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.4.2 Se mencionou que teve problemas nos punhos/mãos, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		9	69,2
	Não	2	15,4
	Sim em ambos	2	15,4
	Total	13	100,0

14.4.3 Indique a intensidade da dor nos punhos/mãos sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	4	1	7,7
	6	1	7,7
	7	2	15,4
	Total	4	30,8

Omisso	Sistema	9	69,2
Total		13	100,0

14.5 Na REGIÃO TORÁCICA (zona a branco na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	12	92,3
	Sim	1	7,7
	Total	13	100,0

14.5.1 Se mencionou que teve problemas na região torácica, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		12	92,3
	Não	1	7,7
	Total	13	100,0

14.5.2 Se mencionou que teve problemas na região torácica, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		12	92,3
	Sim	1	7,7
	Total	13	100,0

14.5.3 Indique a intensidade da dor na região torácica sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	3	1	7,7
Omisso	Sistema	12	92,3
Total		13	100,0

14.6 Na REGIÃO LOMBAR (zona a roxo na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	6	46,2
	Sim	7	53,8
	Total	13	100,0

14.6.1 Se mencionou que teve problemas na região lombar, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		6	46,2
	Não	2	15,4
	Sim	5	38,5
	Total	13	100,0

14.6.2 Se mencionou que teve problemas na região lombar, indique se ocorreram nos últimos 7 dias

		Frequência	Porcentagem
Válido		6	46,2
	Não	4	30,8
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.6.3 Indique a intensidade da dor na região lombar sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima

		Frequência	Porcentagem
Válido	2	1	7,7
	3	1	7,7
	4	1	7,7
	5	1	7,7
	8	2	15,4
	9	1	7,7
	Total	7	53,8
Omisso	Sistema	6	46,2
Total		13	100,0

14.7 Nas ANCAS/COXAS (zona a verde na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?

		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	12	92,3
	Sim	1	7,7
	Total	13	100,0

14.7.1 Se mencionou que teve problemas nas ancas/coxas, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)

		Frequência	Porcentagem
Válido		12	92,3
	Não	1	7,7
	Total	13	100,0

14.7.2 Se mencionou que teve problemas nas ancas/coxas, indique se ocorreram nos últimos 7 dias

		Frequência	Porcentagem
Válido		12	92,3
	Não	1	7,7
	Total	13	100,0

14.7.3 Indique a intensidade da dor nas ancas/coxas sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima

		Frequência	Porcentagem
Válido	6	1	7,7
Omisso	Sistema	12	92,3
Total		13	100,0

14.8 Nos JOELHOS (zona a castanho na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	10	76,9
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.8.1 Se mencionou que teve problemas nos joelhos, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		10	76,9
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.8.2 Se mencionou que teve problemas nos joelhos, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem
Válido		10	76,9
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.8.3 Indique a intensidade da dor nos joelhos sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	7	2	15,4
	8	1	7,7
	Total	3	23,1
Omisso	Sistema	10	76,9
Total		13	100,0

14.9 Nos TORNOZELOS/PÉS (zona a rosa na figura) teve algum problema (dor, desconforto ou dormência) nos últimos 12 meses?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Não	10	76,9
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.9.1 Se mencionou que teve problemas nos tornozelos/pés, indique se por causa deles teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos)			
		Frequência	Porcentagem
Válido		10	76,9
	Não	2	15,4
	Sim	1	7,7
	Total	13	100,0

14.9.2 Se mencionou que teve problemas nos tornozelos/pés, indique se ocorreram nos últimos 7 dias			
		Frequência	Porcentagem

Válido		10	76,9
	Sim	3	23,1
	Total	13	100,0

14.9.3 Indique a intensidade da dor nos tornozelos/pés sendo que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima			
		Frequência	Porcentagem
Válido	3	1	7,7
	6	1	7,7
	8	1	7,7
	Total	3	23,1
Omisso	Sistema	10	76,9
Total		13	100,0

ANEXO IV – Instrumento de Colheita de Dados

Questionário Autopreenchido

Código participante:

Data da colheita de dados:/...../.....

Parte I

Características Sociodemográficas e de Saúde

1. **Idade:** _____ anos
2. **Sexo:** Masculino Feminino
3. **Residência:** Meio Rural Meio Urbano
4. **Nível de escolaridade** (Selecione com “X” a opção que melhor se adequa à sua situação)
 1º Ciclo (4º ano) 2º Ciclo (6º ano) 3º Ciclo (9º ano) Secundário (12º ano)
 Superior
5. **Peso:** _____ Kg;
6. **Altura:** _____ cm
7. **Tem alguma doença?** Não Sim

7.1. Se respondeu sim, indique qual ou quais são as doenças.

8. Alguma vez teve o resultado do teste para COVID-19 (infecção por Sars-CoV-2)
Positivo? Não Sim

8.1. Se respondeu sim:

8.1.1. Há quantos meses? _____

8.1.2. Houve agravamento da/s doença/s descrita/s no ponto 7.1?

Não Sim

8.1.3. Após a COVID-19 considera que o estado geral da sua saúde se deteriorou? Não Sim

8.1.4. Se respondeu sim, como descreve resumidamente esse agravamento?

8.1.5. Quanto à **recuperação da sua saúde** do impacto sofrido pela COVID-19, como avalia, em termos percentuais (%), o seu atual estado?

(Indique com “X” a percentagem (%) de recuperação, sendo que

0 = Sem nenhuma recuperação e 100 = Totalmente recuperado)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

8.2. Quanto ao cansaço, como avalia o seu nível de cansaço antes e depois do isolamento, após ter testado positivo à COVID-19? (Indique com “X” o nível de cansaço, sendo que: 0 = Nada cansado e 10 = Extremamente cansado)

ANTES COVID-19

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

DEPOIS COVID-19

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.3. Para além da sua atividade laboral, pratica atividade física de forma regular?

Não Sim

8.3.1. Se referiu sim, indique quantas horas, em média, dedica **por semana**, à atividade física?

Até ½ horas Entre 1 e 2 horas Mais de 2 horas

8.3.1.1. Se respondeu sim no ponto 8.1. e se pratica alguma atividade física, considera que o seu desempenho físico foi alterado devido à COVID-19? Não Sim

8.4.2.1 Se respondeu sim, indique em que medida.

Características da Atividade Profissional

9. Trabalha há quantos anos? _____ anos

10. Há quantos anos trabalha no atual sector? _____ anos

11. Em média, trabalha quantas horas por semana? _____ horas

11.1. Quantas **pausas** tem ao longo do turno? _____ pausas

11.2. Qual é a **duração** média das pausas? _____ minutos

12. Considera que as condições físicas do seu local de trabalho são adequadas, isto é, asseguram uma boa saúde (espaço físico, altura ajustável dos equipamentos, aparelhos ou móveis, entre outros)? Não Sim

Selecione com “X” a opção que melhor se adequa à sua situação:

13. Como avalia o nível do **ruído** no seu local de trabalho?

Sem ruído Pouco ruído Ruído moderado Bastante ruído

14. Como avalia o nível de esforço físico que o seu trabalho exige?

Nenhum esforço Algum esforço Esforço moderado Muito esforço

Parte II

15. Instruções para o preenchimento:

- ✓ Por favor, responda a cada uma das questões assinalando um X na caixa apropriada ao seu caso.
- ✓ Marque apenas um X por cada questão.
- ✓ Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo se não tiver nenhum problema em qualquer parte do corpo.
- ✓ Para responder, considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura →



Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:	Responda, apenas, se tiver algum problema													
	Durante os últimos 12 meses, teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:												
1. Pescoço? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	2. Pescoço? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	3. Pescoço? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	4. Dor no Pescoço? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
5. Ombros? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	6. Ombros? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	7. Ombros? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	8. Dor nos Ombros? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
9. Cotovelos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	10. Cotovelos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	11. Cotovelos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	12. Dor nos Cotovelos? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Indique com "X" a intensidade da sua dor, sendo que: 0 = Sem dor e 10 = Dor máxima

Questionário Nórdico Músculo-esquelético, versão traduzida e validada para a população (Mesquita *et al*, 2010)

13. Punho/Mão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	14. Punho/Mão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	15. Punho/Mão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos	16. Dor nos Punho/Mão? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
17. Região Torácica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	18. Região Torácica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	19. Região Torácica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	20. Dor na Região Torácica? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
21. Região Lombar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	22. Região Lombar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	23. Região Lombar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	24. Dor na Região Lombar? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
25. Ancas/coxas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	26. Ancas/coxas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	27. Ancas/coxas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	28. Dor nas Ancas/coxas? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
29. Joelhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	30. Joelhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	31. Joelhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	32. Dor nos Joelhos? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
33. Tornozelos/Pés? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	34. Tornozelos/Pés? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	35. Tornozelos/Pés? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	36. Dor nos Tornozelos/Pés? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Questionário Nórdico Músculo-esquelético, versão traduzida e validada para a população (Mesquita *et al*, 2010)