



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NUMA PROCURA PELA QUALIDADE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira

Porto – Março de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NUMA PROCURA PELA QUALIDADE

IN SEARCH OF QUALITY

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto – Março de 2019

Resumo

Este relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, com vista à obtenção do referido grau, através da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contacto direto com a prática, neste caso, e por ordem cronológica, no Instituto Nacional de Emergência Médica e nas Unidades de Cuidados Intensivos dos serviços de Cirurgia Cárdio-Torácica e de Doenças Infeciosas. Tem como objetivos apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências com vista à aquisição do grau de mestre e título de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuir para a continuidade da construção do saber em Enfermagem, em ordem à evolução profissional e pessoal contínua, centrada na prática refletida e fundamentada.

Encontra-se organizado por domínios de competência, nos quais são identificados os objetivos e descritas as atividades desenvolvidas.

A temática da qualidade dos cuidados, numa perspetiva de segurança dos doentes, por ser uma área em franco desenvolvimento ao longo dos últimos anos, foi selecionada como tema central deste relatório, com vista ao atingimento de competências da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na premissa que os enfermeiros são uma peça fundamental na garantia da segurança dos doentes, foram diversas as problemáticas evidenciadas ao longo dos contextos de estágio como potenciais focos de risco para a qualidade e continuidade dos cuidados, resultando em propostas de melhoria que, de modo formal e informal, foram apresentadas aos serviços.

Assim, no que se refere à emergência pré-hospitalar, foi realçada a pertinência da informação para a qualidade e continuidade dos cuidados, através de um trabalho crítico-reflexivo, com recurso a revisão da literatura, intitulado *Sistemas de Informação: Um projeto de reflexão sobre a prática*. Nos cuidados intensivos, por sua vez, foi realçada a importância das competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica como garantia da qualidade das práticas e como mecanismo de promoção e evolução da profissão, através de um trabalho crítico-reflexivo, com recurso à revisão da literatura e à aplicação de instrumentos de auditoria às práticas dos enfermeiros, intitulado *Pela Qualidade dos Cuidados: Numa perspetiva de gestão*.

Importa ainda referenciar que nesta unidade curricular foi dada continuidade a um estudo relativo aos riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico, o qual tinha sido iniciado no estágio do segundo semestre. Com o objetivo de desenvolver competências no âmbito da melhoria da qualidade, bem como no âmbito da investigação em saúde, os resultados são apresentados, possibilitando uma leitura acerca dos fatores que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros ao doente crítico.

Deste modo, por serem diversos os fatores que têm potencial de afetar os cuidados, quer sejam eles pessoais ou organizacionais, a passagem pelos contextos supra referenciados, assim como a possibilidade dos trabalhos desenvolvidos, constituiu uma mais valia no atingimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Concluído o percurso, considero que foram desenvolvidas as competências adequadas para a prestação de cuidados especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão, assentes numa ação refletida e na prática baseada na evidência científica.

Palavras Chave: Qualidade de cuidados; Segurança; Riscos psicossociais; Enfermeiros; Doente crítico.

Abstract

This report reflects the personal and professional skills developed and acquired by experiencing direct contact with the following services, National Institute of Medical Emergency and the Intensive Care Unit of the Cardio-Thoracic Surgery department and the Intensive Care Unit of the Infectious Diseases department, by chronological order, during the Curricular Unit - Final Internship and Report of the 11th Master Degree Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing of the Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa. This report aims to describe the skill acquisition and development, in order to achieve master's degree and become nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, contributing to the continuity and construction of knowledge in nursing and maintain the professional and personal continuous development, focused in a reflected and justified practice. It's organized by competence domains, wherein the goals are identifiable and the activities described.

As a means of acquiring skills in the Specialty of Medical-Surgical Nursing, the quality of care theme, in a patient safety perspective, was chosen as the central subject of this report since it has been a subject of particular interest in the last few years.

With the premise that nurses are key players in warranting patient safety, several problems were identified during the course of the internship, such as potential risk factors that affect the quality and continuity of care, resulting in improvement proposals that were presented to the services, both formal and informally.

Therefore, regarding pre-hospital emergency, it has been highlighted the importance of information for the quality and continuity of care, through a written critical-reflexive work, supported by the literature, entitled *Sistemas de Informação: Um projeto de reflexão sobre a prática*. Regarding intensive care, it was highlighted the importance of nurses specialized in Medical-Surgical Nursing skills as a warranty of quality care and as a means of job promotion and evolution, through a written critical-reflexive work, supported by the literature and the application of auditing instruments to the nurses procedures, entitled *Pela Qualidade dos Cuidados: Numa perspetiva de gestão*.

It is also important to refer that a study involving psicossocial risks in nurses that work with critic patients, which had been started in the last semester, was given continuity. The study was developed with the goal to acquire skills in the field of quality improvement, as well as health investigation, and the results will be presented in a subchapter of this report, allowing a reading about the factors that might influence patient care provided by nurses to critic patients.

The chance to have experienced several work environments, as well as the reports developed during these internships, constituted a key factor in acquiring skills in the field of the Master Degree Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, since the elements with potential to affect patient care, whether they are personal or institutional, are diverse.

Now that the journey has finished, I believe that I was able to develop skills inherent to specialized nurses, being able to provide specialized care in the field of Medical-Surgical Nursing, through decision making processes built not only in reflected action but also in scientific evidences.

Key Words: Patient care quality; Safety; Psicossocial risks; Nurses; Critical patient.

Pensamento:

“Every mountain top is within reach
if you just keep climbing”

Barry Finlay

Agradecimentos

Recordando as palavras de Nietzsche *...estive diante da minha mais alta montanha e da minha mais longa viagem! Tive de descer como nunca desci! Tive de ir ao fundo da dor mais do que nunca, até às suas águas mais escuras! Foi o que quis o destino... e com coragem... estive pronto!*

Foi uma viagem longa, solitária, recheada de alegrias e tristezas, conquistas e derrotas... mas suportada por diversos intervenientes, que me auxiliaram a chegar ao fim...

Assim, é num misto de orgulho, gratidão e humildade, que agradeço:

- às minhas orientadoras, na pessoa da Enf^ª Patricia Coelho e da Enf^ª Sabrina Sousa por me terem guiado neste percurso.... por terem confiado e acreditado... tentando a cada dia levar-me mais além;
- aos meus tutores, na pessoa da Enf^ª Anabela Santos, da Enf^ª Fátima Lobo, do Enf^º Pedro Neto e do Enf^º Daniel Moreira, por me terem acolhido a nível pessoal e profissional, partilhando bem mais que os conhecimentos e as experiências;
- à minha Enf^ª Chefe, na pessoa da Enf^ª Patricia Cardoso, por me ter facilitado, tanto quanto lhe foi possível, o caminho para este processo de crescimento pessoal e profissional;
- aos meus colegas e amigos da UCIPG, em especial à Barbara Fernandes, por me terem protegido e motivado nos diversos momentos de desgaste e exaustão;
- aos meus amigos pessoais, na pessoa da Cláudia Tavares, da Mariana Pedrosa, da Patrícia Caniço e da Rita Martins, por terem compreendido os meus períodos de ausência e, ainda assim, estarem sempre perto para ajudar;
- aos meus irmãos e à minha mãe, por compreenderem, confiarem e acreditarem;
- ao amor da minha vida, por compreender e partilhar as lágrimas que muitas vezes não consegui conter ou a exaustão que não consegui controlar... obrigado pelo companheirismo, pela palavra, pelo sorriso, pelo abraço...por me ter feito continuar a acreditar que o amanhã ia ser melhor...

Por me terem ajudado a concretizar este sonho
...o meu mais sincero agradecimento!

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
COPSOQ - Questionário Psicossocial de Copenhaga
CV – Cateter Vesical
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção-Geral da Saúde
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EPH – Emergência Pré-Hospitalar
EPI – Equipamento de Proteção Individual
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MEM - Mota de Emergência Médica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSE – Registo de Saúde Eletrónico
SAE - Serviço de Ambulâncias de Emergência Médica
SHEM - Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SI – Sistemas de Informação
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SU – Serviço de Urgência
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia CárdioTorácica
UCIDI – Unidade e Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas
UCP – Universidade Católica Portuguesa
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1. Introdução	17
2. Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica	21
2.1. O Instituto Nacional de Emergência Médica	21
2.2. As Unidades de Cuidados Intensivos.....	23
3. O Processo de Atingimento de Competências.....	25
3.1. Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	25
3.2. Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade.....	31
3.3. Domínio Da Gestão Dos Cuidados	45
3.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais.....	53
4. Conclusão	69
5. Referências Bibliográficas.....	71
6. Apêndices	87
6.1. Apêndice A - Sistemas de Informação: Um projeto de reflexão sobre a prática.....	89
6.2. Apêndice B - Sistemas de Informação (apresentação ao INEM em 5/11/2018).....	125
6.3. Apêndice C - Pela Qualidade dos Cuidados: Numa perspetiva de gestão.....	153
6.4. Apêndice D - Projeto: Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico	269
6.5. Apêndice E – Pedido de consentimento ao hospital	287
6.6. Apêndice F - Pedido de consentimento aos participantes	295
6.7. Apêndice G - Instrumento de colheita de dados	299
6.8. Apêndice H - Autorização para a utilização do instrumento de colheita	305
6.9. Apêndice I - Resultados do estudo: Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico.....	309

1. Introdução

“Os seres humanos sempre precisaram de cuidados, quer para manter a vida quer para lutar contra o mal que os ameaça constantemente” (Vieira, 2017).

Apesar de se reconhecer que os cuidados progrediram com a própria evolução da humanidade, a Enfermagem, enquanto profissão organizada, remonta a meados do século XIX (Vieira, 2017).

Em Portugal, a profissão começou a ser exclusiva aos portadores de um diploma em 1956, mas o registo obrigatório dos enfermeiros apenas se concretizou em 1998, através da criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Segundo Vieira, o aparecimento da OE constituiu um marco na história da enfermagem, não só por defender a qualidade dos cuidados, mas também por levar ao desenvolvimento, regulamentação e controlo do exercício da profissão. A OE passou assim a assumir atribuições de representação dos enfermeiros junto dos órgãos de soberania, de defesa da profissão assim como de apoio aos seus membros (Vieira, 2017; Ministério da Saúde, 2017).

Mas o que é então a Enfermagem? Quem é o Enfermeiro? A resposta a esta questão poderia conduzir uma tese, fazendo alusão ao modo como todos os modelos e teorias conduziram a enfermagem àquilo que é hoje. Ainda assim, optei por me socorrer do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), diploma com forma legal desde 1996 e que visa clarificar conceitos, caracterizar os cuidados de enfermagem, especificar as competências dos profissionais legalmente habilitados, definir responsabilidades e enunciar os direitos e deveres dos enfermeiros. Segundo este regulamento, a Enfermagem é definida como a profissão que presta cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, nos grupos em que está inserido, de modo a manter, melhorar ou recuperar a sua condição de saúde e Enfermeiro como sendo o profissional habilitado, com reconhecida competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Cada vez mais, a Enfermagem tem vindo a desenvolver-se como profissão e como ciência, pelo investimento e envolvimento dos seus profissionais, tornando-se premente a emergência de áreas de atuação específicas e especializadas.

A elaboração deste relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde do Porto, com vista à obtenção do referido grau, através da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contacto direto com a prática, neste caso, de 10/09/18 a 03/11/18 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e, de 05/11/18 a 05/01/19, nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), do serviço de Cirurgia Cárdio-Torácica (UCICT) e de Doenças Infecciosas (UCIDI).

Considero que, pelo potencial de me proporcionar um vasto número de experiências essenciais à consecução dos meus objetivos pessoais e académicos, o contexto da emergência pré-hospitalar e dos cuidados intensivos vem complementar a minha formação pessoal e profissional, amplificando os conhecimentos teórico-práticos adquiridos não só nas experiências de trabalho anteriores em serviços de Hemodiálise, Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, mas também resultantes da formação teórica nas disciplinas do 1º e 2º semestre deste curso, assim como do estágio realizado no Serviço de Urgência (SU) de um hospital central.

No estágio referenciado importa realçar que tive oportunidade de iniciar um projeto subordinado ao tema “Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico”, com o objetivo final de contribuir para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico.

Constituem objetivos deste relatório apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências com vista à aquisição do grau de mestre e título de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuir para a continuidade da construção do saber em Enfermagem, em ordem à evolução profissional e pessoal contínua, centrada na prática refletida e fundamentada.

Este relatório constitui a fase final de um trabalho dinâmico e flexível que implicou o atingimento dos objetivos gerais através do delineamento prévio de objetivos específicos que podiam ser ajustados ao longo do estágio, tendo em conta as oportunidades disponíveis. Encontra-se organizado de modo a dar a conhecer inicialmente os contextos onde foram realizados os estágios, seguido do modo de atingimento dos objetivos delineados, tendo em conta as orientações da Professora Orientadora e dos Enfermeiros Tutores.

Assentando numa metodologia crítico-reflexiva, com recurso à revisão de literatura, este relatório encontra-se estruturado tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos seus quatro domínios: (1) Prática Profissional, Ética e Legal; (2)

Melhoria Contínua da Qualidade; (3) Gestão de Cuidados e (4) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A referenciação bibliográfica deste relatório foi executada tendo em conta os requisitos da norma ISO-690.

2. Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O processo de atingimento de competências, para além dos conhecimentos teóricos adquiridos ao nível das disciplinas do 1º e 2º semestre deste curso, implicou um desenvolvimento teórico-prático através de um processo de estágio que decorreu em dois contextos de prática relacionados com o doente crítico.

De acordo com o regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, a Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório compreende 30 ECTS, aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 360h foram de contacto, sendo as restantes para trabalho individual.

O Estágio foi assim dividido entre o INEM, a UCICT e, por contingências externas à organização do curso, a UCIDI, sendo que a cada contexto correspondeu uma carga horária de 180h, entre a emergência pré-hospitalar e as unidades de cuidados intensivos.

Previamente à descrição da aquisição das competências, importa fazer uma breve introdução a estes contextos, caracterizando-os.

2.1. O Instituto Nacional de Emergência Médica

O INEM, enquanto organismo do Ministério da Saúde, tem como missão definir, organizar, coordenar e avaliar as atividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de modo a garantir a prestação de cuidados médicos adequados a vítimas de doença súbita e sinistrados, em todo o território nacional (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017a).

Desde a sua origem, a 3 de Agosto de 1981, com a Direção do Doutor Francisco Rocha da Silva, foi-se diferenciando em meios e em técnicas de atuação, de modo a que, acompanhando a evolução das exigências da sociedade, os cuidados chegassem mais rápida e eficazmente a todos os que deles necessitassem (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017a).

Assim, é possível destacar o aparecimento do primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) em 1987, da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em 1989, do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) em 1997, da Mota de Emergência Médica (MEM), do Serviço de Ambulâncias de Emergência Médica (SAE) e do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) em 2004 e das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) em 2007 (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017a).

O SIEM, procurando a defesa dos valores de Competência, Credibilidade, Ética, Eficiência e Qualidade, organiza o seu modo de atuação através da chamada *Estrela da Vida*, a qual contempla as fases de: (1) Deteção; (2) Alerta; (3) Pré Socorro; (4) Socorro no local do acidente; (5) Cuidados durante o transporte; (6) Transferência e tratamento definitivo (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017a, 2017b).

É através de um reconhecimento da necessidade de suporte e ajuda que se produz um alerta para o Número Europeu de Emergência (112), o qual vai ser atendido por uma central da Polícia de Segurança Pública e caso seja referente a uma situação de saúde, encaminhado para o CODU, atualmente com sedes em Lisboa, Porto, Coimbra ou Faro, de modo a que se responda e avalie, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos e se determine os recursos necessários e adequados a cada caso (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

O CODU é assegurado em permanência, por médicos e técnicos, com formação específica para efetuar: (1) o atendimento e triagem dos pedidos de socorro; (2) o aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado; (3) a seleção e acionamento dos meios de socorro adequados, sendo eles ambulâncias de socorro dos Bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa, SAE, SIV, MEM, CAPIC, VMER, SHEM; (4) o acompanhamento das equipas de socorro no terreno; e (5) o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

No estágio, o processo de atingimento de competências foi potenciado pela possibilidade de participação no contexto de atuação das SIV, VMER e CODU, numa ponderação de 18, 10 e 2 turnos, respetivamente, através do acompanhamento da prática dos profissionais.

No que respeita às equipas de trabalho, a SIV é constituída por um enfermeiro (especialista ou generalista) e um técnico de emergência médica, já a VMER por enfermeiro (especialista ou generalista) e um médico (especialista ou indiferenciado) e o CODU por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte médicos, psicólogos e técnicos de emergência médica que triam, encaminham e gerem devidamente todas as situações de emergência médica.

2.2. As Unidades de Cuidados Intensivos

A medicina intensiva é fruto do desenvolvimento multidisciplinar, ao nível da fisiopatologia, da terapêutica e da tecnologia, que se tem observado nos últimos 50 anos. Com o objetivo de suportar e recuperar as funções vitais, a medicina intensiva possibilita oportunidades para uma vida futura com qualidade, desde que se concentrem num mesmo contexto, competências, saberes e tecnologias, que lhe permitam atingir esses objetivos (Ministério da Saúde, 2003).

Numa breve perspetiva histórica, foi com a Poliomielite de Copenhaga, em 1952, que se conduziu à necessidade de suporte ventilatório, foi com os feridos da Segunda Guerra Mundial, da Guerra do Camboja e da Guerra do Vietname, que se impulsionou a necessidade de responder às grandes lesões traumáticas e à infeção e, por último, foi com o aparecimento da emergência pré-hospitalar, enquanto mecanismo de resposta rápida ao enfarte agudo do miocárdio, que as UCIs deram os primeiros passos (Paiva et al, 2016).

Em Portugal, estas unidades surgiram no final da década de 50 e têm evoluído em função das necessidades da população. Atualmente, grande parte das UCIs encontram-se integradas em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), constituindo uma parte importante da estrutura hospitalar (Paiva et al, 2016).

Distinguidas em termos de prática, avaliação e investigação, as UCIs dividem-se hoje em dia em três níveis de complexidade: (1) as unidades de Nível I que têm a capacidade de monitorização não invasiva e procedimentos de reanimação; (2) as unidades de Nível II que têm a capacidade de fazer monitorização invasiva e suporte de funções vitais, mas sem acesso, ocasional ou permanente, a profissionais de especialidade médico-cirúrgica diferenciada ou meios de diagnóstico; e, por fim (3) as unidades de Nível III que contemplam não só quadros de profissionais próprios que possibilitam uma assistência permanente, mas também o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica constantes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Já em termos de valências, ou áreas de intervenção médica, as UCIs dividem-se em Polivalentes e Monovalentes e em termos e estrutura podem ser abertas, fechadas ou mistas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

No contexto de estágio, por contingências externas à organização do curso, tive a oportunidade de passar por duas unidades, a UCICT e a UCIDI.

A UCICT corresponde a uma unidade monovalente, aberta, destinada ao tratamento de doentes com patologia Córdio-Torácica cirúrgica e é constituída por 20 camas, sendo 10 destinadas a cuidados de Nível III e as restantes a cuidados de Nível II. A nível de recursos

humanos, contempla uma equipa de enfermagem dedicada ao serviço, que alterna consoante a distribuição dos enfermeiros responsáveis pelo respetivo turno, entre os doentes de Nível III e os de Nível II. Segundo as informações que me foi possível obter junto do Enfermeiro Chefe, dos chefes de equipa e dos responsáveis de turno, esta possibilidade de rotação permite não só a preparação de todos os elementos da equipa de enfermagem para a assistência ao doente, em qualquer situação, como permite um maior equilíbrio entre as equipas de trabalho em cada uma das salas, no que se refere ao grau de aptidão e aos níveis de experiência de cada um dos profissionais.

A UCIDI, por sua vez, é uma unidade polivalente, aberta, destinada essencialmente ao tratamento de doentes com patologia médica infecciosa e é constituída por 6 camas que estão preparadas para a prestação de cuidados de Nível II e Nível III. Em termos de recursos humanos é constituída essencialmente por Enfermeiros Generalistas, Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER) e Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), para além da equipa médica e de assistentes operacionais.

Em ambas as unidades, nos turnos da manhã e da tarde, está contemplada a existência de um EER que é responsável pelos cuidados de reabilitação a todos os doentes.

Já no que se refere aos EEMC foi possível verificar que na maioria das vezes está disponível pelo menos um elemento por turno, ficando habitualmente responsável pela gestão do turno e da equipa de trabalho.

Em ambas as unidades, foi verificado que o enfermeiro responsável fica com doentes atribuídos ao seu cuidado, ainda que em menor número e/ou complexidade, no sentido de ter oportunidade de satisfazer os requisitos do processo de gestão.

3. O Processo de Atingimento de Competências

De encontro ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, passarei de seguida a descrever os contributos deste estágio para o meu desenvolvimento enquanto Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Debruçar-me-ei, assim, nos quatro domínios de competências: (1) Prática Profissional, Ética e Legal; (2) Melhoria Contínua da Qualidade; (3) Gestão de Cuidados; e (4) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019), pelo motivo desta divisão me parecer mais adequada à reflexão sobre o meu percurso nestes estágios e me permitir organizar as atividades, as pesquisas e as reflexões desenvolvidas, em prol do atingimento dos objetivos definidos.

3.1. Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio defini como objetivos a alcançar:

- Conhecer e refletir sobre os problemas éticos e legais;
- Proporcionar momentos de reflexão e discussão na equipa acerca de situações complexas do ponto de vista ético, deontológico ou legal;
- Desenvolver uma prática profissional que respeite os direitos humanos e os deveres éticos e deontológicos.

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, este domínio pressupõe o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, com respeito pelos direitos humanos e em consideração pela responsabilidade profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por este motivo, foram identificadas como atividades a desenvolver:

- Identificação de problemas ético-deontológicos nos locais de estágio;
- Aprofundamento de conhecimentos acerca da influência da dimensão ético-deontológica e legal no quotidiano dos enfermeiros, não só através da observação das suas práticas e da discussão de potenciais situações problema

com o Enfermeiro Tutor, mas também da pesquisa em diretrizes nacionais/internacionais

- Reflexão acerca da pertinência do EEMC como interveniente ativo na tomada de decisão ética;
- Participação na tomada de decisão ética, deontológica e legal dentro da especialidade;
- Adoção uma prática que respeite os princípios éticos e deontológicos.

No contexto da prestação de cuidados ao doente crítico, são diversas as condicionantes éticas que afetam a prestação de cuidados de enfermagem, sendo necessário ter sempre em consideração o doente, nas questões relacionadas com a dignidade, a privacidade, a intimidade, o sigilo e até mesmo do consentimento. Na verdade, os pressupostos do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, longe de parecerem simplistas, reconhecem no doente uma dignidade absoluta, que se unifica pelas dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia, que carece de ser respeitada durante a prestação de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A Deontologia Profissional da Enfermagem, enquanto conjunto de regras que assentam num agir por dever, defende estes mesmos princípios de defesa da Pessoa, enunciando ao nível do Artigo 78º que as “*intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” e que na relação profissional devem ser respeitados valores universais de *igualdade*, não se discriminando ninguém; de *liberdade responsável*, considerando as vontades e valores do outro; de *verdade*, salvaguardando a compaixão; de *justiça*, dando a cada um o que lhe é devido; de *altruísmo*, privilegiando as necessidades do outro sobre as próprias e, por fim, de *solidariedade*, partilhando pelo bem comum (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.38).

O doente, enquanto sujeito de cuidados, surge na deontologia profissional protegido de dois modos, num que obriga os profissionais a respeitá-lo enquanto pessoa dotada de uma dignidade singular e noutra que impõe aos profissionais um *aperfeiçoamento profissional*, pela atualização contínua e a reflexão sobre a prática, que conduza a um *exercício com os adequados conhecimentos científicos e técnicos*, com os mais elevados padrões de *competência e responsabilidade*, promovendo a *excelência dos cuidados* e a *valorização da profissão* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Neste seguimento, sendo a enfermagem uma profissão que se faz por pessoas e para pessoas, visando a prestação de cuidados ao ser humano, são ou doente, e o enfermeiro um profissional com competência científica, ética e humana reconhecida desde a conclusão do

curso base, considero que a dimensão ético-deontológica foi transversal a todas as experiências que vivenciei no campo de estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Foi no reconhecimento das dimensões do doente enquanto Pessoa, que no respeito pela sua dignidade e integridade bio-psico-social, cultural e espiritual, o tratei pelo nome que ele gostava de ser tratado (artigos 78º e 82º da Deontologia Profissional); que no respeito pelo meu dever de informar e pelo direito à informação, lhe expliquei a situação e as intervenções necessárias (artigo 84º da Deontologia Profissional e Base XIV da Lei de Bases da Saúde); que no respeito pelo direito ao consentimento informado lhe pedi autorização para realizar os procedimentos necessários (artigo 84º da Deontologia Profissional); que no respeito pela sua privacidade, promovi o sigilo e procurei respeitar a sua intimidade (artigos 85º e 86º da Deontologia Profissional); que no respeito pelos direitos à excelência do exercício e à humanização dos cuidados, tentei incluir os seus conviventes significativos/família em todas as fases do processo de intervenção, sempre tendo em consideração as suas vontades e necessidades (artigos 88º e 89º da Deontologia Profissional); no fundo, que fiz tudo ao meu alcance, no respeito pela sua autodeterminação e pelo reconhecimento da sua fragilidade, para que a sua experiência fosse o menos traumática e o mais confortável possível (Assembleia da Republica, 1990; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Ainda assim, nem todos os direitos são fáceis de cumprir e nem todos os deveres são fáceis de concretizar.

As questões da autonomia da pessoa constituíram um importante foco de atenção nestes estágios, uma vez que, na maior parte das vezes, por alterações fisiopatológicas, agudas ou crónicas, que comprometiam o estado de consciência, tornava-se difícil obter informações acerca das vontades do doente, no caso de agravamento da sua situação de saúde.

No seguimento das reflexões acerca desta temática, emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca das diretivas antecipadas de vontade, consagradas desde 2012 ao nível da legislação nacional, enquanto reflexo da preocupação ética pela liberdade e dignidade da pessoa humana. É ao nível artigo 2º que é reconhecida a possibilidade de manifestação antecipada da vontade pessoal, desde que de forma consciente, livre e esclarecida, *“no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”* (Assembleia da Republica, 2012, p.3728).

Ainda assim, o exercício de um direito implica o reconhecimento por parte de quem o pode exercer.

Um estudo realizado à escala nacional, acerca da realidade portuguesa no que se refere ao testamento vital, desenvolvido em 2016 pela UCP em parceria com a Associação Portuguesa

de Cuidados Paliativos, demonstrou que 78% dos portugueses desconhecia o documento e que dos restantes 22%, apenas 1,4% o tinha preenchido. A necessidade de envolvimento e esclarecimento não só do público, mas também dos profissionais, foram algumas das recomendações que realçaram deste estudo (Grupo de Investigação em Cuidados Paliativos do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa, 2016).

No que se refere ao contexto da emergência, as diretivas antecipadas de vontade consagram que as equipas de saúde não têm o dever de considerar o testamento vital quando o processo de acesso a essa informação for difícil. Afinal, uma ativação do INEM é muitas vezes efetuada para doentes urgentes e/ou emergentes e o tempo de resposta (no que se refere à intervenção imediata e ao conseqüente transporte para uma unidade diferenciada) é sempre um dos fatores que pode condicionar resultados mais favoráveis para o doente. Ainda assim, o número 4 do artigo 6º das diretivas antecipadas de vontade realça que é apenas no caso do processo de pesquisa e procura dessa informação ter potencial de comprometer a vida do doente, ou mesmo de agravar o seu estado, que se pode desconsiderar o âmbito da sua intervenção. Subentende-se, assim, que o testamento vital e, portanto, as vontades dos doentes, podem e devem ser consideradas no momento de prestação de cuidados, constituindo um auxiliar na planificação das terapêuticas a instituir (Assembleia da República, 2012).

Em resposta a esta problemática, no contexto de estágio do INEM, foi desenvolvida uma revisão da literatura com o objetivo de descrever a pertinência da informação e em particular dos sistemas de informação para a qualidade e continuidade dos cuidados, em respeito pela autonomia do doente.

Para a consecução dos objetivos desse trabalho, foi desenvolvida uma revisão da literatura em bases de dados eletrónicas: B-On, Ebsco, PubMed e RCAAP, recorrendo aos descritores Mesh: *Emergency nursing*, *Information system*, *Information management*, *Health information exchange* e *Health informatics*, entre Setembro e Outubro de 2018. A pesquisa foi ainda alargada às recomendações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Ordem dos Enfermeiros, relacionadas com o tema.

Recorrendo à utilização operadores booleanos “and”, “or” e “not”, foi-me possível chegar aos primeiros resultados. Como critérios de inclusão foram considerados: trabalhos publicados desde 2014, correspondentes à área da urgência e emergência e que abordassem as implicações, positivas ou negativas, da partilha de informações de saúde, entre serviços e/ou instituições, sendo excluídos todos os outros.

Assim, de um total de 138 artigos, 14 teses e 26 orientações/recomendações nacionais e internacionais, chegou-se a um total de 42 documentos, correspondentes ao que foi

efetivamente analisado e contribuiu para a concretização do trabalho, pela pertinência e aplicabilidade da informação para o campo de estágio.

Através desta revisão, que se encontra em apêndice deste relatório (Apêndice A), foi possível inferir a necessidade de sistemas informáticos que possibilitem um acesso rápido e eficaz à informação pertinente, que acrescentem valor ao que se sabe e ao que se faz, que tenham a possibilidade de partilhar as informações entre os diferentes contextos, promovendo a continuidade e evitando a duplicação de esforços, contribuindo para a potenciação da teoria e da prática, através da investigação.

No caso, no que se refere aos sistemas de informação (SI) em uso pelo INEM, que servem de suporte às práticas dos profissionais, foi verificado que os mesmos tinham grandes lacunas de informação, pelo que se concluiu que era necessário enriquecer esses instrumentos de suporte às práticas, com uma tecnologia que permitisse aceder a dados dos doentes, já existentes no sistema de saúde público, de modo a potenciar a melhoria da qualidade dos cuidados através da continuidade.

Já no que se refere ao contexto da UCI, tive oportunidade de me aperceber que, aquando da existência desses dados, os mesmos não só são partilhados com a equipa como estão disponíveis no SI, garantindo-se através da adequação dos cuidados, o respeito pela vontade do doente.

Em termos legais, no caso do desconhecimento das vontades do doente, é sabido que a Constituição da República Portuguesa, ao nível do artigo 64º, consagra o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde, requisito esse que se operacionaliza ao nível (1) da Base I, da Lei de Bases da Saúde, quando se reconhece que a proteção de saúde é um direito dos indivíduos que deve ser promovido e garantido pelo Estado; (2) da Base XII, quando é referido que esse direito é garantido por um sistema de saúde, do qual fazem parte instituições públicas, privadas e profissionais liberais; (3) da Base XIII, quando se enuncia que deve haver uma articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde; (4) e, por fim, da Base XIV, quando se expressa que os utentes têm direito a ser tratados, pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (Assembleia da Republica, 1990, 2005).

Já nos termos da Deontologia Profissional, no sentido de assegurar o direito ao cuidado contínuo, humana e tecnicamente correto, entre os “*vários níveis de cuidado*” de quaisquer instituições, desde que prestadoras de cuidados de saúde, e ainda no reconhecimento e na defesa da pessoa, enquanto sujeito moral detentor de uma dignidade absoluta que consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia, os enfermeiros devem basear a sua prática em princípios de responsabilidade, respeito e excelência. Esta meta objetiva-se no Código Deontológico dos Enfermeiros como forma de

dever de, por exemplo: (1) respeitar o direito ao cuidado do doente, assegurando a continuidade dos cuidados (artigo 83º) e (2) promover a excelência do exercício, procurando adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas dos doentes (artigo 88º) (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Esta dignidade, por sua vez, no que se refere ao direito ao cuidado, com meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito, prevista na base XIV da Lei de Bases da Saúde (Assembleia da Republica, 1990), levou-me igualmente a identificar situações da prática da UCI que podiam estar a comprometer esse direito.

Na UCI foi também realizado um trabalho que resultou igualmente de uma revisão da literatura acerca da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), com realce para a pertinência das funções do EEMC na promoção da segurança dos doentes nestas unidades. Desse trabalho, que será explorado nos subcapítulos seguintes e que se encontra em apêndice deste relatório (Apêndice C), foram realçados focos de atenção da prática, com potencial de melhoria.

Nestes contextos, a oportunidade de desenvolver atividades que valorizaram a informação e as competências dos EEMC, conduziu-me no caminho da garantia qualidade dos cuidados prestados, como forma de fazer justiça aos direitos ético-deontológicos dos doentes.

Estas situações foram por diversas vezes discutidas com os elementos de equipa e com os tutores, e, no caso do INEM, tendo mesmo sido abordadas num contexto de formação, partilha e reflexão que foi proporcionado no último dia de estágio, aquando da apresentação do trabalho dos SI (Apêndice B). Já na UCI, pela impossibilidade de um período formal de formação, o trabalho desenvolvido foi entregue aos responsáveis de cada serviço.

Importa realçar que foi notada a preocupação de todos pela defesa dos direitos dos doentes.

Admito que algumas das situações identificadas acarretam mudanças difíceis, mas na sequência da alínea d) do Artigo 88º da Deontologia Profissional, cabe a todos os enfermeiros, na procura da excelência do exercício, assegurar por todos os meios disponíveis, “*condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.91).

Deste modo, considero que atingi os objetivos supra referenciados, desenvolvendo competências ético-deontológicas, ao suportar as decisões em princípios, valores e normas deontológicas, tomando decisões éticas numa variedade de situações da prática e contribuindo para essa tomada de decisão junto da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.2. Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio defini como objetivos a alcançar:

- Aprofundar os conhecimentos sobre o modelo de gestão da qualidade;
- Identificar oportunidades de melhoria da qualidade, estabelecendo prioridades;
- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;
- Refletir sobre os fatores que podem afetar a qualidade dos cuidados.

No regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, este domínio compreende não só o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, como a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua de qualidade, criando e mantendo em qualquer situação de intervenção um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por este motivo, foram identificadas como atividades a desenvolver:

- Realização de uma entrevista informal ao Enfermeiro-Chefe/Responsável com o intuito de aferir o modelo de gestão da qualidade adotado;
- Identificação de oportunidades de melhoria tendo em conta diretivas e conhecimentos;
- Promoção de momentos de reflexão que possam culminar na melhoria das práticas e dos cuidados.

Durante este período de estágio tive oportunidade de acompanhar diversos intervenientes na qualidade dos cuidados.

Quer pela sua participação direta nas práticas, quer pela gestão de recursos, tive a possibilidade de me aperceber acerca dos métodos usados para garantir a segurança dos cuidados.

No sentido do cumprimento do objetivo relativo ao aprofundamento de conhecimentos acerca dos modelos de gestão, tive oportunidade de perceber, através de entrevistas informais não só com os tutores, mas também os Enfermeiros de referência, coordenadores, responsáveis ou chefes, que a qualidade dos cuidados é definida por indicadores de análise quantitativa, que culminam na caracterização do serviço e das práticas, ocasionando intervenções de melhoria, sempre que necessário.

Na sequência das minhas preocupações acerca da qualidade, conjuntamente com o facto de não ter sido possível facultarem-me para consulta os resultados desses indicadores, procurei em cada um dos serviços perceber que fatores poderiam estar a influenciar a qualidade das práticas e assim, os cuidados aos doentes.

O trabalhos que foram previamente abordados e que se encontram em apêndice deste relatório (Apêndices A e C), surgiram dessa identificação e procuraram realçar os focos a ter em atenção na prática, de modo a que se potenciasses a qualidade dos cuidados, através da segurança para os profissionais e para os doentes.

Das reflexões que foram desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio, gradualmente me apercebi do contributo que a gestão e a informação têm para a segurança e para a qualidade dos cuidados.

Assim, foi por dificuldades na decisão de saúde e por práticas potenciadoras de erros/eventos adversos, algumas vezes por falta de informação adequada, que os temas emergiram, constituindo focos centrais de atenção.

No INEM tive oportunidade de me aperceber, não só enquanto utilizador do SI em contexto de estágio, mas através de discussões que se foram criando nos diferentes locais, que muitas vezes os profissionais sentem necessidade de mais informação, com o objetivo de fazer mais e melhor.

Por diversas vezes, nas ativações, quer por motivos de falta de um acompanhante informado ou mesmo de colaboração por parte do doente (quando o mesmo é encontrado sozinho), foi sentida a necessidade de se perceber se determinados sintomas/sinais eram mesmo indicativos de uma situação aguda ou se já seriam uma sequela de uma situação passada/crónica, com a qual o doente já vive.

Na falta de um cuidador, de algum familiar que conheça o histórico do doente ou mesmo por depressão do estado de consciência do doente que nos possa facultar determinados dados, tornou-se difícil interpretar sinais e sintomas e decidir tendo em conta o maior interesse do mesmo.

Na revisão da literatura efetuada, a temática da segurança dos doentes e a procura pela qualidade dos cuidados não é um tema dos dias de hoje. Na realidade, tem vindo a ser sujeita a estudo e intervenção ao longo dos anos, sendo que as primeiras referências remontam aos anos 50 do século passado (World Health Organization, 2002a).

Foi com a publicação *To err is human: building a safer health system*, em 1999 pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América, que este tema ganhou visibilidade internacional e culminou nas sucessivas medidas de intervenção que temos observado ao longo dos anos (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000; World Health Organization, 2002a).

O erro, reconhecido atualmente como um desvio não intencional em procedimentos operacionais-padrão ou normas de orientação clínica ou mesmo um ato de comissão ou omissão que causou, ou contribuiu, para a causa do dano não intencional, surge muitas vezes em associação aos eventos adversos quando ocorre no decurso da prestação de cuidados de saúde e produz uma alteração mensurável no estado do doente (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Os serviços de emergência têm vindo a ser descritos como as áreas de intervenção mais propensas a erros por parte dos profissionais havendo dados que demonstram que os enfermeiros estão em posições chave para os detetar antes de afetarem os doentes (Camargo et al, 2012; Fordyce et al, 2003).

Foi na *Fifty-Fifth World Health Assembly* da OMS, em 2002, que se concluiu que os cuidados de saúde, para além dos benefícios imediatos que comportam para os doentes, também compreendem riscos e podem ser responsáveis por eventos adversos que culminam em incapacidade ou até mesmo na morte (World Health Organization, 2002a).

Neste encontro internacional, foi igualmente admitido, que para além dos encargos financeiros com os eventos adversos serem avultados, que estes podem ocorrer em qualquer momento do processo de prestação de cuidados, desde a administração de medicação, à utilização de equipamentos médicos, às falhas humanas e até mesmo à falha no sistema e na cultura organizacional. Era necessário que a *Segurança* se assumisse como um princípio essencial à prestação de cuidados de qualidade, pelo que foram identificadas três ações complementares para este fim: (1) a prevenção de eventos adversos, através da criação e desenvolvimento de políticas de segurança; (2) a visibilidade dos eventos adversos, através do registo e da divulgação; e, por fim (3) a redução do seu impacto sobre os doentes, quando ocorressem (World Health Organization, 2002a, 2002b, 2003).

Na tentativa de resposta a estes problemas foi criada a *World Alliance for Patient Safety* em 2004 e desenvolvida a *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* em 2009, emergindo assim taxonomias e recomendações que acabaram por influenciar as políticas de gestão em saúde, não só, mas também em Portugal (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b; World Health Organization, 2009).

A segurança do doente tem-se apresentado como um dos maiores desafios deste século e, hoje em dia, é ao nível do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que assume maior relevo (Ministério da Saúde, 2015).

No reconhecimento de que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados é um processo coletivo e que a causa dos mesmos raramente está associada à falta de competência profissional, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes admite no sistema possíveis perturbações de organização, coordenação ou comunicação como estando na origem destes

problemas. A cultura de segurança, a partilha de conhecimento, de informação e de ações dirigidas às problemáticas, constituem assim a base das ações transversais do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no sentido da procura pela melhoria dos cuidados (Ministério da Saúde, 2015).

No que se refere à *Comunicação*, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 não deixa dúvidas ao afirmar ao nível do Objetivo Estratégico 2, que é um “*pilar fundamental para a segurança do doente*” e que se for comprometida pode “*causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente*” (Ministério da Saúde, 2015, p. 3882-(3))

Afinal, a informação, enquanto conteúdo da comunicação, é reconhecida como um conjunto de dados que, quando devidamente organizados e facilitados, podem conduzir a decisões mais ajustadas por parte do recetor (Sousa, 2006, citado por Vieira, 2018).

A promoção da segurança dos doentes através da partilha de informação, tem-se assumido como uma necessidade desde o início do século. Já em 1995 um artigo científico realçava que era possível reduzir os erros de segurança em 18% e até 70% os efeitos adversos dos medicamentos, desde que existissem sistemas adequados à partilha de informação e conhecimento. (Leape et al, 1995, Kaelber, 2007).

Cada vez mais os SI assumem uma posição de destaque nas organizações, constituindo recursos valiosos para a gestão dos serviços de saúde (Friedman & Wyatt, 2006, citados por Sapatinha, 2018)

A otimização do fluxo de informação é assim considerada como uma necessidade à prestação de cuidados de excelência, não só pela possibilidade de melhorar os cuidados individuais aos doentes (Sousa, 2006, citado por Vieira, 2018), como também pelo potencial de acesso a um conjunto de dados que, devidamente interpretados, podem conduzir à emergência de conhecimentos científicos que melhorem as práticas no seu todo (Silva, 2006, citado por Vieira, 2018).

A redução do tempo gasto em questões burocráticas, o aumento da legibilidade e segurança da informação partilhada, a padronização dos registos, a diminuição da duplicação de dados e a melhoria da acessibilidade à informação proporcionados pelos SI, são reconhecidos como fatores de suporte à decisão, contribuindo para a visibilidade dos cuidados (Sousa, 2006; Pinto, 2009; Silvestre 2012; Narciso et al, 2014; Tareco, 2015, citados por Vieira, 2018; Winden et al, 2014).

Em 2016 procurou-se comparar a fiabilidade da informação transmitida pelas três grandes fontes de informação de saúde: (1) a carta do médico; (2) a informação fornecida pelo doente ou família; e a disponível nos (3) sistemas de informação de saúde. Neste estudo, apesar

de se ter observado que a mais informativa era do doente e que a menos informativa era carta médica, concluiu-se que nenhuma era suficientemente fiável para dar segurança a quem prestava cuidados. Na realidade, era a união de todas as fontes que fornecia o maior número de dados e possibilitava uma atuação mais adequada. Assim, foi sugerido que a informação de saúde fosse introduzida num sistema que tivesse uma base comum a qualquer instituição, minimizando-se as falhas de dados e potenciando-se a atuação em situações mais críticas (Bahous e Shadmi, 2016).

Por sua vez, a problemática da partilha de informação, nos casos de transferência de doentes entre instituições ou serviços, tem vindo a ser associada a aumento de riscos não só para os doentes, mas para as organizações. Nestes casos, a dificuldade em dar continuidade aos cuidados pode comprometer a segurança dos doentes e intensificar a mobilização de recursos/gastos por parte das instituições (Richardson et al, 2014).

No que concerne à enfermagem, a tomada de decisão para a prestação de cuidados está dependente da interpretação e análise dos dados que estão disponíveis no momento, pelo que se torna necessário o acesso a informação de qualidade, de forma rápida e eficiente, de modo a habilitar o profissional de dados que potenciem a sua prática e, assim, a satisfação adequada das necessidades do doente (Marin, 2010; Jesus & Sousa, 2011; Silva, 2016, citados por Vieira, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros, de encontro ao que tem sido descrito em parágrafos anteriores, reconhece igualmente o contributo dos SI, não só para a gestão da saúde, mas também para a qualidade das decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

Assim, em 2007, debruçando-se sobre o tema, a OE procurou definir os princípios e requisitos técnico-funcionais que deviam ser considerados na construção dos SI utilizados pelos enfermeiros, enunciando entre outros fatores: (1) a necessidade de utilização de uma linguagem classificada, comum, que permita a articulação com a linguagem natural e a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados; (2) a capacidade de determinação das necessidades em cuidados dos doentes, permitindo o cálculo da carga de trabalho dos profissionais; assim como (3) a possibilidade de partilha de informação clínica inter-institucional (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

“Ao apostar na informatização e intercomunicabilidade dos SIE, pretende-se viabilizar uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço ao cidadão. Estas estratégias representam avanços

significativos na aplicação das tecnologias da informação à prática clínica. O impacto das novas tecnologias na área da saúde constitui, hoje em dia, um instrumento privilegiado e cada vez mais fundamental, para uma melhor prestação dos cuidados de saúde, permitindo um mais rápido e selectivo acesso à informação, no contexto da relação enfermeiro-utente” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.6).

Apesar das indicações não deixarem dúvidas quanto à pertinência da comunicação, da informação e da partilha através dos SI, em prol da qualidade e da continuidade dos cuidados e apesar do longo caminho percorrido, é consensual que muito ainda falta fazer.

Já em 2009, a Administração Central do Sistema de Saúde classificou como *incompreensíveis e anómalos* os casos em que se verifica ausência de informação de saúde no local em que é necessária, afirmando que *“informação de saúde relevante de qualquer utente deve estar acessível, de forma controlada, ao profissional de saúde que lhe presta um qualquer serviço, independentemente do local, da origem e da prestação”*, tornando-se assim emergente a criação de SI que fossem transversais a todos os agentes e entidades do sistema de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009, p.6).

A procura por um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que tivesse por objetivos não só (1) a partilha de informação de saúde, mas também (2) o acompanhamento virtual do cidadão, e ainda que conduzisse a benefícios acrescidos de (1) melhoria do acesso dos cidadãos aos serviços, de (2) redução dos erros decorrentes da falta de informação no momento da prestação de cuidados, de (3) redução do tempo necessário à disponibilização de informação clínica e de (4) redução dos custos pela duplicação de esforços e recursos, tem-se mostrado como meta a atingir, ainda que de difícil concretização (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009).

A última norma emanada pelo Ministério da Saúde acerca do tema, defende a técnica ISBAR como auxiliar de memória para que seja possibilitada uma comunicação eficaz nos processos de transição dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Correspondendo a (I) identificação, (S) situação atual, (B) antecedentes, (A) avaliação e (R) recomendações, esta mnemónica foi desenvolvida pelo reconhecimento: (1) da necessidade de aumento da segurança da comunicação, pelas orientações do Plano Nacional de Segurança de Doentes 2015-2020; (2) da influência sobre a segurança do doente, uma vez que um processo de transição eficaz conduz à redução dos eventos adversos e da mortalidade; (3) da exigência que é necessária ao momento de transição de cuidados; (4) da importância de não comprometer a continuidade dos cuidados e o tratamento adequado; (5) da necessidade de implementação de uma ferramenta que promova a uniformização dos processos e minimize as lacunas que comprometem os cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

No que se refere à enfermagem, é comumente aceite que os enfermeiros são os profissionais que mais utilizam os sistemas de informação, havendo mesmo estudos que demonstram que estes profissionais atribuem elevada importância aos registos, nomeadamente, nas suas vertentes de suporte à gestão, à prática clínica e ao valor ético/legal (Vieira, 2018; Pereira, 2007; Leite, 2016; Lobo, 2015).

Em contextos específicos, como é o caso da urgência e da emergência, a falta de homogeneidade da população propicia o desenvolvimento de práticas gerais e especializadas. Nestes casos, sem desprestígio de outros, a partilha de informação é uma necessidade importante, sendo os registos um garante de segurança, de continuidade e ainda de qualidade de cuidados ao doente e à família (Shapiro, Kannry, Kushniruk, 2007; Sapatinha, 2018).

Pela análise dos planos e relatórios anuais disponibilizados pelo INEM, a preocupação com a qualidade dos SI constituiu um importante foco de atenção ao longo dos anos.

Nestes documentos, por diversas vezes foi realçada a necessidade de “*criar as condições para que os diversos sistemas de informação permitam a Interoperabilidade entre sistemas e a monitorização e avaliação, através da recolha de dados que permitam melhorias na gestão do Serviço e conseqüentemente na missão do Organismo*”, e desse modo melhorar a qualidade de informação, sistematizar indicadores, eliminar duplicações de informação e criar um circuito de divulgação (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012, p.21).

Ainda assim, apesar dos diversos avanços e melhorias, tive oportunidade de me aperceber, não só enquanto utilizador do SI em contexto de estágio, mas através de discussões que se foram criando nos diferentes locais, que muitas vezes os profissionais sentem necessidade de mais informação, com o objetivo de fazer mais e melhor.

Neste ponto, a bibliografia continua a reforçar a necessidade de criação de SI rápidos e de fácil acesso, de modo a permitir uma prestação de cuidados adequada e congruente com as vontades dos doentes.

Assim, a informação clínica relevante, como é o caso dos problemas médicos ativos, dos antecedentes, da medicação, das alergias e até mesmo as diretivas antecipadas de vontade, constituem alguns dos pontos chave que podem promover a qualidade e a humanização dos cuidados que são prestados pelos profissionais (Turner et al, 2018; Porter et al, 2006).

Já no que se refere à segurança, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 não deixa dúvidas ao afirmar ao nível do Objetivo Estratégico 9 a necessidade de se prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. É no reconhecimento de que o aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) dificultam o tratamento dos doentes, sendo causa de morbilidade e mortalidade, e que estão diretamente relacionadas com o aumento do consumo de antibióticos, levando às resistências, que se determina a

necessidade de estabelecimento de estratégias que possam controlar estas situações. A (1) informação/educação dos profissionais e cidadãos, (2) a vigilância epidemiológica das infeções, (3) das resistências e (4) dos consumos de antibióticos têm sido apresentadas como estratégias de controlo para estes efeitos. As diferentes normas e orientações que têm guiado a ação dos profissionais, como é o caso das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), da prevenção da infeção no local cirúrgico, da pneumonia associada à intubação (PAI), da infeção do cateter venoso central (CVC) ou da infeção urinária associada ao cateter vesical (CV), constituem alguns exemplos acerca da aplicabilidade destas indicações, nos contextos da prática (Ministério da Saúde, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2012, 2015a, 2015b, 2017b, 2017c).

Neste seguimento, as IACS, consideradas um problema de saúde pública à escala internacional pela OMS, têm sido responsáveis pelo aumento da morbilidade e mortalidade, com conseqüente aumento de custos para os cidadãos e para os sistemas de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017d).

O Relatório de Primavera 2018, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, considera diversos fatores justificativos da magnitude deste problema, nomeadamente a existência de (1) hospedeiros mais suscetíveis, tendo em conta a idade ou doenças associadas; (2) aumento de agentes multirresistentes; (3) aumento da complexidade dos cuidados, através de técnicas cada vez mais invasivas; (4) infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais dificultadores de uma prestação de cuidados adequada; e (5) a maior mobilização de doentes entre unidades de prestação de cuidados (OPSS, 2018).

A OMS, distinguindo os fatores de risco por nível de desenvolvimento de países, corrobora os dados apresentados e acrescenta que, nos países menos desenvolvidos, acrescem fatores sociais como a pobreza, a falta de recursos e condições de higiene básicas. Nestes últimos, a falta de suporte financeiro para a adoção de medidas adequadas de controlo de infeção, a falta de profissionais treinados na área da infeção, assim como a falta de recursos humanos, materiais e provimentos para satisfazer as necessidades, são igualmente considerados fatores a ter em consideração (World Health Organization, 2011).

A relação direta das IACS com o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, pelo consumo pouco criterioso destes fármacos ao longo dos anos, tem propiciado o desenvolvimento e a divulgação de estratégias, programas e intervenções, que assentam em três pilares fundamentais: (1) redução de infeções através da promoção de boas práticas baseadas nas PBCI; (2) redução do consumo de antibióticos, através da implementação de programas de apoio à prescrição de antibióticos; e (3) vigilância das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2017d; OPSS, 2018)

No que se refere ao INEM, pelo que me fui apercebendo ao longo do estágio, os profissionais só têm conhecimento de uma colonização ou infeção por organismos multirresistentes ou de fácil transmissão, apenas quando o doente é admitido na unidade hospitalar. No caso, não só pela minha experiência profissional, mas também pelos conhecimentos que tive oportunidade de adquirir em contexto de aulas e estágios, existem doentes que estão sinalizados nos sistemas de informação de saúde hospitalares, como colonizados com determinado organismo, determinando-se, aquando da sua admissão, a respetiva alocação a áreas restritas, como forma de reduzir a disseminação da infeção. Até então, toda a abordagem por parte dos profissionais do INEM é feita com equipamentos básicos de proteção individual, adaptados à condição do doente que é passível de ser avaliada, assim como à informação fornecida pelo mesmo ou por terceiros.

Em 2012, no sentido de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, a Direção Geral de Saúde (DGS) instituiu uma norma relativa às PBCI, com vista a ser implementada em todas as instituições de prestação de cuidados e sendo composta por dez itens fundamentais para a prevenção e controlo da infeção: (1) a colocação de doentes, (2) a higiene das mãos, (3) a etiqueta respiratória, (4) a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), (5) as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, (6) a descontaminação do equipamento clínico, (7) o controlo ambiental, (8) o manuseamento seguro da roupa, (9) a recolha segura de resíduos e (10) a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Advindo as IACS de qualquer contacto com a equipa de saúde, em qualquer nível de assistência, claro está que, pelas contingências da atividade no INEM, o cumprimento criterioso destes requisitos em contexto de rua torna-se difícil, acrescendo o facto de, muitas vezes, não se conhecer as particularidades dos doentes que se está a tratar.

Eventualmente, nos casos de transporte de doentes portadores de organismos multirresistentes e de fácil transmissão, os profissionais poderiam ser alertados e adequar as medidas de proteção, procedendo igualmente à adequada desinfeção dos componentes da ambulância, como forma de prevenir a infeção cruzada.

Assim, reconhecendo-se a problemática, em prol da partilha de informação e da continuidade dos cuidados, foi discutido o assunto com os enfermeiros tutores e o enfermeiro coordenador do INEM e entregue o resultado da pesquisa efetuada, em forma de relatório (Apêndice A) que recomendou que os SI em uso incluíssem estes dados, de modo a que os profissionais pudessem tomar consciência e atuar em conformidade, na sua proteção e na dos outros doentes. O trabalho foi acolhido de forma muito positiva e considerado relevante no

contexto apresentado, constituindo um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo INEM.

A temática da melhoria dos cuidados, no que respeita à disponibilização da informação pertinente, para a melhoria do controlo de infeção e potenciação da segurança dos doentes e dos profissionais, constituiu por diversos momentos um foco de reflexão com a equipa, tendo também sido um tema alvo para apresentação de trabalho no final do estágio. Neste ponto, foi notada a compreensão relativamente aos temas abordados e a preocupação da necessidade de serem tomadas medidas de controlo e melhoria.

Já no contexto da UCI, a temática do controlo de infeção assumiu um destaque particular, pela verificação de práticas que poderiam comprometer um dos principais indicadores de qualidade de cuidados - a segurança dos doentes.

Tendo por base uma revisão da literatura acerca deste tema, em diretivas nacionais e internacionais, e que se encontra em apêndice deste relatório (Apêndice C), foi demonstrado que as UCI têm um risco 30% acrescido de infeção, comparativamente a outras unidades, sendo que as mais frequentes estão associadas com o uso de instrumentos invasivos como o Catéter Venoso Central (CVC), o Catéter Vesical (CV) e os ventiladores (World Health Organization, 2011).

Segundo uma revisão da OMS, realizada entre 1995 e 2010, relativa ao peso internacional da infeções associadas aos cuidados de saúde, as consequências relativas ao aumento dos dias de internamento, das incapacidades a longo prazo, do aumento das resistências aos antimicrobianos ou dos custos para o sistema de saúde, doentes e famílias, assim como do aumento do número de mortes, voltaram a ser apontadas como situações a combater. No que respeita a números, foi mesmo enaltecido que na Europa as IACS afetam 4 milhões de doentes por ano, aumentam em 16 milhões os dias de internamento, causam 37 mil mortes e conduzem a custos que ascendem aos 7 biliões de euros (World Health Organization, 2011).

Estas infeções, tendo origem endógena ou exógena, tornam-se evidentes cerca de 48h após o internamento, englobando assim todas as infeções que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão. Para as infeções de origem endógena, são reconhecidos como focos os locais do corpo frequentemente colonizados por microrganismos da flora, como a pele, nariz ou boca, sendo que para as exógenas são valorizados fatores externos ao doente como os profissionais de saúde, as visitas, os equipamentos e instrumentos médicos, assim como o próprio ambiente (World Health Organization, 2011).

A necessidade de se desenvolver políticas que defendam e promovam o controlo de infeção foi-se evidenciando como uma necessidade fundamental para os países e as instituições (World Health Organization, 2011).

Na sequência das preocupações nacionais e internacionais com a segurança dos doentes, nomeadamente no que concerne às infeções e às resistências aos antimicrobianos, têm sido diversas as intervenções que visam melhorar a qualidade dos cuidados reduzindo ao máximo estas ocorrências (Allegranzi et al, 2011).

As PBCI anteriormente referidas são um exemplo dessas intervenções e, enunciando-se como uma obrigação, impõem aos gestores/administradores não só a necessidade de assegurar a formação e treino aos profissionais, como a garantir o acesso às normas e disponibilizar todos os recursos necessários à sua implementação e monitorização de cumprimento (Direção-Geral da Saúde, 2012).

No que se refere às infeções relacionadas com o CVC, responsáveis por cerca de 23,6% das mortes à escala mundial, estas são reconhecidas como a principal causa de infeções da corrente sanguínea, conduzindo ao aumento da morbilidade, agravamento do estado de saúde dos doentes e consequente aumento dos dias de internamento (NHS Scotland/Infection Control, 2014; World Health Organization, 2011).

Apesar de ser uma intervenção necessária ao tratamento de alguns grupos de doentes, a natureza invasiva do CVC, em associação à vulnerabilidade dos doentes, pode conduzir a riscos quer no processo de colocação, como no manuseamento ou manutenção do acesso (NHS Scotland/Infection Control, 2014).

Na sequência do aprofundamento de conhecimentos a que esta temática tem sido sujeita ao longo dos anos, vêm surgindo normas e recomendações que visam uniformizar os cuidados e reduzir os riscos. As orientações internacionais refletem-se assim nas práticas a nível nacional, valorizando o cumprimento de feixes de intervenção como forma de atingir estes fins (NHS Scotland/Infection Control, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2015b).

O *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central* é assim um documento normativo desde 2015 que, por reconhecer (1) que as infeções relacionadas com o CVC são eventos potencialmente evitáveis e (2) que a adoção de feixes de intervenção reduz a incidência de infeções, determina a necessidade de cumprimento conjunta de determinados requisitos para que se reduza a infeção e potencie a qualidade dos cuidados. Deste modo, de encontro às orientações internacionais, determina como cuidados a ter na colocação (1) a avaliação da necessidade de colocação com consideração do número de lumens estritamente necessários ao tratamento, (2) a preparação cirúrgica das mãos e a utilização de precauções de barreira máxima, (3) a antissépsia do local de inserção com clorhexidina a 2%

em álcool, previamente à inserção e respeitando os tempos de atuação do produto, (4) a utilização de um campo estéril que cubra todo o corpo do doente, (5) a utilização do acesso femoral como último recurso e a (6) utilização de uma técnica asséptica na realização do penso. Já os cuidados de manutenção passam por (1) avaliar diariamente a necessidade de manutenção do acesso, (2) lavar e desinfetar as mãos previamente ao manuseamento do mesmo, (3) desinfetar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manipulação e, por fim, a (4) mudar o penso com a periodicidade adequada ao material e às características do penso, utilizando uma técnica asséptica (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Por sua vez, as infecções relacionadas com o CV, responsáveis por cerca de 18,5% das mortes à escala mundial, são consideradas como as IACS mais comuns e podem ter como foco de origem o períneo do doente, as mãos dos profissionais ou o equipamento utilizado para o procedimento. Ainda assim, o género feminino, a idade avançada, o tempo de cateterização e as condições imunitárias individuais, constituem fatores de risco acrescidos que carecem de ser considerados pelos profissionais (Health Protection Scotland, 2014; World Health Organization, 2011).

No sentido de prevenir a ocorrência desta complicação, as *guidelines* internacionais recomendam que seja evitado o recurso a este procedimento, mas sendo necessário, determinam o cumprimento de requisitos para que se previnam as infecções (Health Protection Scotland, 2014).

A nível nacional, e em consonância com as recomendações internacionais, o “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, determina a necessidade de (1) avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical, (2) cumprir a técnica asséptica durante a cateterização, (3) manter o circuito fechado durante o manuseamento do mesmo, (4) realizar higiene diária do meato uretral, promovendo sempre a autonomia do doente, (5) manter o cateter seguro e com saco coletor abaixo do nível da bexiga, esvaziando-o sempre que a 2/3 da sua capacidade e (6) verificar diariamente a necessidade de manutenção do cateter (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

Por fim, no que se refere às PAI, responsáveis por cerca de 29,3% das mortes à escala mundial, estas são reconhecidas como as IACS com maior incidência numa UCI, afetando 5 a 15% dos doentes intubados nestas unidades (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017; World Health Organization, 2011; NHS Scotland/Infection Control, 2016).

Apesar da sua etiologia multifatorial poder dever-se à contaminação do ambiente, instrumentos ou microaspirações, fatores como a idade, doença cardíaca ou pulmonar, cirurgia toraco-abdominal, doenças do trato gastrointestinal que afetem a motilidade ou o esvaziamento

gástrico e a presença de sonda nasogástrica, apesar de não serem consensuais, são igualmente apontados como fatores de risco para a ocorrência deste problema (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

As implicações comprovadas no aumento da morbidade, mortalidade, consumo de antimicrobianos, tempo de hospitalização e necessidade de recursos humanos, realça a necessidade de intervenções particulares que permitam reduzir a sua ocorrência, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

A prevenção, através da implementação de medidas de vigilância ou adoção de protocolos de atuação, continua a ser um dos métodos de eleição para controlo destas complicações (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

O *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação* enuncia assim a obrigatoriedade de, diariamente, (1) rever, reduzir e, se possível, parar a sondação, (2) discutir e avaliar a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, (3) manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, (4) realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses e que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas, (5) manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos e (6) manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Durante a minha passagem pelas UCIs, face à necessidade de desenvolvimento de competências teórico-práticas no âmbito do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurei a melhoria da qualidade dos cuidados pela utilização dos instrumentos disponibilizados pela DGS, como é o caso dos instrumentos de auditoria às PBCI, CVC e PAI, com vista a identificar possíveis problemáticas que pudessem ser alvo de intervenção.

Estas auditorias, informais, foram realizadas após uma discussão da pertinência do tema com os Enfermeiros Chefes e Orientadores, em momentos aleatórios ao longo do período de estágio, com recurso à observação e tendo em conta as experiências disponibilizadas pelos serviços. No total, tive assim oportunidade de realizar 2 auditorias de PBCI, 2 relativas à colocação e manuseamento do CVC e 4 relativas à PAI, com a colaboração do enfermeiro especialista que assumiu a chefia do respetivo turno.

Das conclusões que são apresentadas em apêndice (Apêndice C), no que se refere às PBCI, foram realçadas oportunidades de melhoria nos pontos relacionados com (1) a distribuição de doentes, (2) a acessibilidade aos equipamentos de proteção individual (EPI), (3) a desinfeção dos equipamentos clínicos e das unidades, assim como (4) a recolha segura de roupa e (5) resíduos.

No que se refere à auditoria à colocação/manutenção do CVC os resultados realçaram como focos de atenção (1) a necessidade de utilização de um campo estéril de corpo inteiro durante a colocação do acesso, assim como (2) o respeito pelo tempo de atuação do desinfetante, antes da manipulação do acesso.

Relativamente à prevenção da PAI foi inferida a necessidade de cumprimento (1) da elevação da cabeceira a 30°, assim como (2) um maior rigor na avaliação da pressão de cuff durante o internamento.

Apesar dos instrumentos disponibilizados pela DGS potenciarem uma avaliação objetiva, em termos de cumprimento dos critérios, foi possível identificar lacunas no que se refere a alguns tópicos avaliados, como é o caso da higiene das mãos.

Afinal, a higiene das mãos é considerada medida mais importante, eficaz, simples e económica de prevenir as IACS (Direção-Geral da Saúde, 2016a).

A estratégia multimodal da higiene das mãos surgiu tendo em consideração as recomendações internacionais e assume carácter obrigatório a partir da Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, desde 2010, determinando os momentos e requisitos para uma higienização adequada (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Segundo esta norma, são assim definidos como momentos obrigatórios de higienização os seguintes: (1) antes do contacto com o doente; (2) antes de procedimentos limpos/assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; (4) após contacto com o doente e (5) após contacto com o ambiente envolvente do doente (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Apesar da auditoria relativa às PBCI ter demonstrado o cumprimento de todos os tópicos relacionados com este tema, no que se refere à disponibilidade de produtos e à existência de estratégias de sensibilização, não significa que todas as condicionantes relacionadas com a correta higiene das mãos se verifiquem. O comprimento das unhas, os vernizes e os adornos, apesar de contemplados no descritivo com categoria IA e II, quanto ao grau de evidência, não são avaliados ao nível deste instrumento de auditoria (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Havendo necessidade de garantir o cumprimento de requisitos que distingam a lavagem da desinfeção alcoólica, assim como os relativos à própria técnica, tive conhecimento que são diversos os momentos de sensibilização e monitorização que os profissionais da instituição têm vindo a ser sujeitos. Foi através de uma visita à comissão de controlo de infeção da instituição que fui informado que o foco da sua atenção tem sido as mãos dos profissionais, sendo realizados vários períodos de sensibilização, avaliação e intervenção ao longo do ano.

Apesar dos resultados destas auditorias informais não terem valor estatístico, não deixam de transmitir uma ideia acerca da realidade dos cuidados em determinadas unidades, despertando potencialidades de melhoria. Ao longo deste processo de estágio foram diversos

os momentos em que intercedi junto da equipa, para os riscos que compreendem determinadas práticas.

Em vários momentos notei a compreensão dos profissionais face a estas situações, realçando-se a necessidade de mudança. Apesar de não ter sido possível participar mais ativamente através de um momento formal de formação, por contingências relativas à duração do estágio, ao funcionamento e organização das unidades, tive oportunidade de fornecer aos responsáveis dos serviços todos os dados recolhidos, assim como as respetivas reflexões e oportunidades de melhoria. O documento partilhado encontra-se em apêndice deste trabalho (Apêndice C).

Afinal, se não fosse a partilha de resultados que se tem assistido ao longo dos anos, não se notaria a necessidade de intervenção em determinadas áreas dos cuidados assim como não se evoluiria em prol da melhoria.

Pelas competências acrescidas da especialização, os enfermeiros podem avaliar e intervir, contribuindo ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em modo de conclusão, finalizo este subcapítulo com a convicção que atingi os objetivos propostos neste domínio, pelo desenvolvimento de competências no aprofundamento de conhecimentos sobre os modelos de gestão da qualidade, na identificação de oportunidades de melhoria da qualidade, estabelecendo prioridades, na incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, assim como na reflexão sobre os fatores que podem afetar a qualidade dos cuidados.

3.3. Domínio Da Gestão Dos Cuidados

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio defini como objetivos a alcançar:

- Conhecer a metodologia adotada na gestão do serviço, ao nível dos recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos acerca das funções dos enfermeiros que executam funções de gestão;
- Refletir acerca da influência da gestão na qualidade dos cuidados prestados.

No que compreende o domínio de competência da gestão dos cuidados, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista faz referência à gestão dos cuidados, não só através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, mas também em articulação com a equipa multiprofissional, adaptando-se a liderança e a gestão de

recursos em função do contexto, sempre tendo em consideração a procura dos mais altos níveis de qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por este motivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Realização de uma entrevista informal ao Enfermeiro-Chefe/Responsável com o intuito de aferir o modelo de gestão adotado (informação sobre a estrutura, funcionamento, recursos humanos e materiais);
- Observação do Enfermeiro-Chefe no exercício da sua prática de gestão com o objetivo de identificar as estratégias usadas para a garantir/melhorar a qualidade dos cuidados;
- Identificação do processo metodológico utilizado pelo Enfermeiro Tutor, na gestão de cuidados;
- Aferição da metodologia utilizada de distribuição dos profissionais;
- Colaboração na elaboração do plano de trabalho;
- Discussão com o Enfermeiro Tutor acerca da influência das medidas de gestão de recursos e de cuidados na qualidade dos mesmos.

Durante a minha passagem pelos contextos tive oportunidade de vivenciar inúmeras situações em que os enfermeiros, de modo direto ou indireto, influenciaram a qualidade dos cuidados prestados, através da tomada de decisões. O exemplo mais flagrante certamente respeita ao facto de, no posto de trabalho, os enfermeiros serem responsáveis pela questão da gestão de recursos, humanos e materiais, necessários à prestação de cuidados.

No INEM, diariamente tive oportunidade de observar que os enfermeiros fazem reposição de material, contagem de stocks e asseguram que todos os equipamentos estão disponíveis e em boas condições de funcionamento para poderem executar as suas atividades da melhor forma possível. A gestão de recursos humanos, por sua vez é assegurada por um enfermeiro coordenador de meio que, através do lançamento de horário mensal, certifica que o posto respetivo se encontra assegurado com os recursos humanos necessários à prestação de serviços.

Pelo que tive oportunidade de observar, quer ao nível de meios SIV ou VMER, cada posto é constituído por dois elementos, entre eles um enfermeiro e um técnico de emergência médica ou um enfermeiro e um médico, respetivamente.

Apesar das decisões diretas relacionadas com os recursos humanos e materiais terem um início ao nível dos profissionais que se encontram no posto, é ao nível da delegação que se encontram profissionais com funções de gestão que, recebendo informações acerca das necessidades nos meios, dão continuidade ao processo de gestão de modo a que tudo esteja disponível em tempo útil e nas melhores condições possíveis.

No que se refere à gestão da qualidade, e pela análise dos planos e relatórios de atividade que anualmente são disponibilizados ao público, em geral, tive oportunidade de me aperceber que um ponto valorizado pela instituição, é respeitante a uma política de reclamações zero.

Apesar de ser congruente com a *Satisfação do Cliente* que é enaltecida como enunciado descritivo ao nível dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, notei que muitas vezes pode culminar em práticas menos acertadas podendo condicionar a disponibilidade dos meios (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Nos turnos que tive oportunidade de realizar em diversos meios, independentemente da área geográfica em que se localizavam e ainda independentemente do tipo de meio, tive oportunidade de me aperceber que no processo de triagem (no CODU) os profissionais se defendem ativando as equipas para situações que se resolviam por, tal como foi proferido pelos mesmos, “uma simples ida a um centro de saúde”.

Mesmo na sequência das ativações, quando se conclui, após abordagem da vítima (terminologia usada na instituição para descrever o utente que necessita de ajuda especializada) que a situação não representa risco para vida, principalmente nos meios SIV, os profissionais são muitas vezes instruídos a fazer o transporte do doente, não lhes sendo permitida a autonomia de decidir que aquele doente tem condições para se deslocar sem acompanhamento diferenciado para uma instituição de saúde.

Ora, no contexto do INEM, a falta de disponibilidade de um meio de emergência diferenciado, para situações que não compreendem um risco imediato de vida, como é o caso da SIV ou da VMER, pode condicionar o auxílio a uma outra situação mais crítica e que beneficiaria mais do meio.

Recordo-me de, num turno no CODU, ter assistido a um pedido de ativação de um meio diferenciado para uma paragem cardiorrespiratória, numa zona do interior sul do país, e não estar disponível uma SIV ou uma VMER num raio de 80 km do local do incidente. Na altura, a ativação estava a ser pedida por parte dos bombeiros da zona, que não tinham material ou formação avançada para prestar os devidos cuidados de suporte à vítima. Naquele momento, recordo-me que o meio de apoio mais próximo do local era uma VMER que estava a caminho de certificar um óbito, decorrente de uma outra ativação.

Pela análise dos relatórios de atividades dos últimos anos é possível verificar que o número de contactos e ativações é cada vez maior, sendo que para o ano de 2017, cerca de 93% dos contactos culminaram em ativações de algum meio (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017c).

Diversas análises são apresentadas nesses relatórios, mas em nenhuma delas se encontra referenciado quais as ativações que foram adequadamente mobilizadas tendo em conta as

necessidades identificadas após a intervenção. A meu ver, numa perspetiva de gestão e de qualidade, a satisfação do cliente baseada na procura de reclamação zero e que se preocupa fundamentalmente em ter mais e melhores meios e equipamentos para reduzir os tempos de espera e poder chegar mais rapidamente ao local, nem sempre é a melhor solução. Com isto, não significa que o ter mais e melhores meios e satisfazer as expectativas da população sejam fatores desfavoráveis, pelo contrário. Apenas acredito que existe um caminho a percorrer na otimização da gestão dos meios de assistência pré-hospitalar, bem como na definição dos seus indicadores de qualidade.

O trabalho apresentado ao INEM no final do estágio, relativo aos SI em saúde, procurou demonstrar a necessidade de investir no acesso à informação não só com vantagens nos momentos prévios ao contacto, mas também no momento após o próprio contato. Na pesquisa realizada e sendo enfatizado na apresentação, foi realçada a necessidade de se conhecer o *feedback* das ativações, no sentido de se proporcionar momentos de reflexão acerca das práticas e se contribuir, através de dados credíveis, com informações que potenciem a evolução da teoria e das práticas, melhorando a qualidade dos cuidados.

Já no que se refere à realidade da UCI, de um modo geral, em cada turno, o enfermeiro coordenador é responsável por fazer a distribuição dos enfermeiros tendo em conta a carga de trabalho dos doentes, por assegurar os recursos materiais, por gerir as vagas no serviço assim como os cuidados prestados. No caso das unidades de maiores dimensões, pude constatar que o enfermeiro coordenador divide as suas funções com outros dois colegas, um para a gestão de vagas e recursos humanos, outro para recursos materiais, restando-lhe, nesses casos, a gestão dos cuidados e o suporte aos restantes elementos encarregues dos processos gestão.

Ainda assim, face aos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste curso, como da minha própria experiência profissional em UCI, percebi que os EEMC podiam ter um papel mais ativo não só na gestão de turno e da equipa, como na colheita de indicadores que potenciasses a qualidade dos cuidados.

Afinal, as UCI, pelas contingências relacionadas com o seu foco de intervenção, o doente crítico, implicam a necessidade de recursos humanos e materiais adequados, processos de trabalho especializados, complexos e com grande número de procedimentos, sendo um ambiente especialmente favorável à ocorrência de eventos adversos. Sem desvalorização de outras profissões, a enfermagem assume nas UCI um papel de destaque na segurança, não só de modo individual mas também coletivo (Serafim et al, 2017).

Fazendo referência ao regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, é possível verificar que, independentemente da área de atuação, os enfermeiros especialistas (EE) são responsáveis por: (1) gerir na equipa práticas de cuidados que possam comprometer a

segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (unidade de competência A2.2 do regulamento), (2) por incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (unidade de competência B1.2 do regulamento), (3) por avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na vertentes de estrutura, processo ou resultado (unidade de competência B2.1 do regulamento), (4) por promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual de segurança e proteção (unidade de competência B3.1 do regulamento), (5) por gerir o risco ao nível das unidades ou da instituição (unidade de competência B3.2 do regulamento), (6) por otimizar o processo de cuidados (unidade de competência C1.1 do regulamento), (7) por orientar e supervisionar tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (unidade de competência C1.2 do regulamento), (8) por otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades (unidade de competência B2.1 do regulamento), (9) por serem facilitadores da aprendizagem (unidade de competência D2.1 do regulamento), assim como, (10) por suportarem a prática clínica na investigação e no conhecimento (unidade de competência D2.2 do regulamento) (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A gestão, enquanto competência da especialidade em enfermagem, fundamenta-se ao nível do artigo 88º da deontologia profissional pela necessidade de (1) analisar regularmente a prática e reconhecer as falhas, (2) adequar as normas de qualidade às necessidades das pessoas e (3) assegurar, por todos os meios, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, ao se procurar atingir a excelência do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na estrutura das organizações de saúde, os enfermeiros executam funções de gestão em cargos que vão desde o Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor e até mesmo ao Enfermeiro Diretor. Na história da enfermagem em Portugal, estas funções foram contempladas inicialmente pelo Decreto-lei nº 305/81 e clarificadas mais tarde pelo Decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro (referenciando o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor e de Enfermeiro Diretor). A última grande mudança ao nível da carreira foi executada em 2009 pelo Decreto-lei nº 247/2009 e Decreto-lei nº 248/2009, passando a haver duas categorias, a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal, sendo neste último que incidem as funções de gestão, podendo ocupar cargos de Direção e Chefia (Brandão, 2016).

A referência mais atual às competências do Enfermeiro Gestor passa pelo Regulamento n.º 101/2015, publicado em Diário da República a 10 de Março de 2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Do conjunto, realço como funções do Enfermeiro Gestor as seguintes: (1) garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; (2) gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às

necessidades dos clientes em cuidados de saúde; (3) garante a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

A enfermagem é uma profissão que se faz por pessoas e para pessoas, tendo na gestão um pilar para que a profissão se desenvolva e para que os cuidados sejam prestados com uma qualidade cada vez maior. Os enfermeiros que executam funções de gestão, como é o caso dos que gerem os turnos e as equipas, com base na avaliação criteriosa das necessidades dos clientes, são responsáveis por dar uma resposta em termos de gestão de recursos, humanos e materiais, garantindo a excelência dos cuidados (Brandão, 2016).

No contexto organizacional são vários os indicadores que têm vindo a surgir como instrumentos de quantificação da qualidade dos cuidados que são prestados. Ainda assim, na prática, são poucos aqueles que refletem a atividade profissional dos enfermeiros, justificando a pertinência da sua presença nestas unidades.

No sentido de solucionar este problema foi emanado pela OE em 2007, um documento relativo ao Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, o qual distingue os indicadores como marcadores com a capacidade de traduzir o contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações. Seguindo as componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian, em 2003, o Resumo Mínimo de Dados categoriza os indicadores de qualidade em estrutura, processo e resultado, realçando a necessidade de, na sua construção, terem por base não só (1) a integração dos aspetos relacionados com a saúde das populações, sensíveis aos cuidados de enfermagem, mas também (2) a possibilidade de desenvolvimento de políticas que conduzam à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2007b; Donabedian, 2003).

No meu ponto de vista, o enfermeiro especialista, pelo conhecimento aprofundado ao nível da teoria e da gestão dos cuidados, quando em posição diferenciada no seio de uma equipa, como é o caso da gestão de turno, deve fazer uso das suas competências para garantir que são prestados os melhores cuidados, através das melhores práticas.

Neste ponto, é importante distinguir o Perito, defendido por Patrícia Benner, como um profissional orientado para uma prática consciente, objetiva e concreta, com capacidade de avaliar globalmente as situações do contexto e intervir antecipadamente. Segundo a autora, o Perito é ainda um profissional detentor de um entendimento intuitivo dos problemas, capaz tomar decisões fundamentadas, certas e seguras, tendo em conta as competências adquiridas, representando assim um profissional igualmente capaz de gerir um serviço e uma equipa (Benner, 2001).

Contudo, acredito que é no acrescento às capacidades do Perito das competências do especialista, que o enfermeiro se torna mais capacitado para a procura da qualidade dos cuidados, investigando de um modo contínuo a resposta a questões da prática que não só influenciam um serviço em particular, como têm potencial para promover a evolução e a visibilidade da profissão.

Com isto, não significa que o enfermeiro coordenador tenha de conhecer todos os indicadores de qualidade que são considerados numa UCI, mas se reconhecer, defender e promover o cumprimento dos que dependem da sua prática, já acredito que seja uma vantagem do exercício das suas funções, enaltecendo a profissão.

As ferramentas de auditoria que já foram alvo de discussão no subcapítulo anterior, constituem instrumentos valiosos aos coordenadores de turno de modo a que, em última análise, se promova a melhoria das práticas. Estes instrumentos, apesar de considerarem maioritariamente indicadores de taxas de infeção, é ao nível das taxas de cumprimento dos feixes de intervenção que têm potencial de auxiliar a prática dos enfermeiros (Direção-Geral da Saúde, 2017b, 2015b, 2017c).

Neste sentido, e aproveitando para realçar a necessidade de aumento da cultura de segurança do ambiente interno, evidenciada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015), mais especificamente ao nível da dimensão 12, é preciso que essa função de gestão do coordenador não seja confundida com uma simples identificação de erros, em modo de penalização. Afinal, estes instrumentos servem para caracterizar cuidados e identificar os riscos que podem comprometer a qualidade das práticas, realçando a necessidade de intervenção.

A auditoria, enquanto parte integrante dos programas de promoção da qualidade, surge definida pela DGS como um processo sistemático, independente e documentado com vista a obter evidência objetiva acerca do cumprimento de requisitos que se pretende avaliar (Direção-Geral da Saúde, 2017e) e em enfermagem tem-se assumido como uma ferramenta fundamental para validar a qualidade dos cuidados que são prestados (Garcia, Ferreira, Silva, 2018).

Apesar da bibliografia reconhecer a existência de diferentes tipos de auditoria, distinguidas com base na finalidade do processo, tem sido consensual a capacidade dos profissionais de saúde para a realização de auditorias operacionais, no que concerne ao âmbito da sua atuação (Garcia, Ferreira, Silva, 2018).

A própria DGS reconhece que devem fazer parte das características de um auditor a qualificação, o domínio técnico e a experiência (Direção-Geral da Saúde, 2017e), características essas que, a meu ver, certamente se coadunam com a escolha de um enfermeiro, perito e especialista, para coordenar um turno numa UCI.

Ainda assim, apesar dos benefícios comprovados para a segurança dos doentes e para qualidade dos cuidados, decorrentes das auditorias (Fontes et al, 2018) e dos programas de melhoria da qualidade (Caldana et al, 2018), estes processos podem nem sempre ser bem recebidos pelos profissionais encarregues dessa função.

Um estudo de caso, desenvolvido num hospital brasileiro acreditado, faz referência a um sofrimento moral por parte dos enfermeiros que desenvolvem este tipo de funções, pela contradição entre os valores da instituição, que lhes impõe um trabalho mais burocrático, e os seus valores profissionais, que os incentiva a prestar cuidados diretos aos doentes (Caram, Brito, Peter, 2018). Apesar destes resultados não poderem ser generalizados, não deixam de me despertar alguma atenção para uma área que pode influenciar efetivamente a satisfação profissional, a qualidade dos cuidados e, até mesmo, a eficácia com que se desenvolve determinada função, no seio de uma equipa.

Na realidade, a enfermagem é um ser, estar, pensar, fazer, acontecer e transformar, sendo única para cada enfermeiro (Lacerda, 1998). Haverá sempre quem tenha necessidade de se provar no contato direto, assim como quem se sinta realizado com uma contribuição (in)direta para a qualidade dos cuidados. O respeito pela liberdade e pela autonomia do enfermeiro deve ser sempre um fator intrínseco no processo de seleção para o desenvolvimento de funções de gestão. Afinal, o enfermeiro, segundo os padrões de qualidade, enquanto pessoa, continua a ser provido de valores, crenças e desejos de natureza individual (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e segundo a deontologia profissional tem o direito de exercer livremente a profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Após a experiência vivenciada, a meu ver, urge sistemas de gestão que respondam de modo mais adequado às exigências de cada serviço, assegurando que os profissionais não só não incorram em desgaste físico e psicológico desnecessário, como, e acima de tudo, não prejudiquem os doentes ao nível do conforto e da qualidade de cuidados que lhes é devida.

O trabalho desenvolvido no contexto da UCI e que se encontra em apêndice (Apêndice C), face à realidade observada, procurou identificar nas oportunidades de melhoria (1) o desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação diária das práticas, a serem utilizados pelos chefes de turno; (2) a potenciação do envolvimento dos chefes de turno no processo de gestão da qualidade dos serviços, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados dos restantes profissionais; (3) o reforço dos conhecimentos, através de momentos de formação regulares, acerca das PBCI, CVC e PAI, para todos os profissionais; (4) a disponibilização aos profissionais das normas DGS relativas às PBCI e aos feixes de intervenção do CVC, CV e PAI, para consulta no serviço, sempre que necessário; assim como (5) a promoção do envolvimento dos profissionais do serviço, no estabelecimento de estratégias para a melhoria

da qualidade, através da apresentação dos indicadores de qualidade que são considerados na sua atividade.

É desta forma que, pela tentativa de otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, de orientação das tarefas garantindo a segurança e qualidade e de otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, que acredito ter atingido as competências deste domínio.

3.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio defini os objetivos a alcançar, não só no sentido de me proporcionarem o maior número de experiências no contexto de estágio, mas também de me fazerem refletir acerca da pertinência do EEMC nestes contextos. Assim, constituíram objetivos deste domínio:

- Integrar a dinâmica funcional do local de estágio;
- Estabelecer relações terapêuticas com o doente e família;
- Aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções especializadas;
- Executar cuidados de Enfermagem eficazes e fundamentados, numa perspetiva da área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Participar na formação da equipa de Enfermagem;
- Contactar do ponto de vista do utilizador com o sistema de documentação dos cuidados de saúde, ao nível processual e estrutural;
- Efetuar diagnóstico de áreas ou situações potencialmente problemáticas no local de estágio.

No que se refere a este domínio, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista realça o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, integrada numa prática clínica especializada, baseada em padrões sólidos de conhecimento, como competências a desenvolver (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No sentido da consecução dos objetivos descritos foram diversas as estratégias e atividades adotadas ao longo do estágio.

Foi através do envolvimento e de uma postura de participação e interesse contínuos que me permitissem conhecer o serviço, os sistemas de informação/documentação, as condutas, as normas, os profissionais e as suas funções, que procurei integrar a dinâmica dos serviços; foi através do acompanhamento do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Coordenador de

Equipa, que procurei conhecer as metodologias usadas na gestão de todos os recursos da unidade; foi através do estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes e com a família que desenvolvi estratégias de comunicação e relação facilitadores da adaptação à situação de doença, aprofundando igualmente as minhas competências ético-deontológicas; foi através da participação nos cuidados, da pesquisa e da reflexão individual ou com a equipa, que desenvolvi e aprofundei conhecimentos ao nível das doenças, fármacos e procedimentos mais característicos dos cuidados intensivos, assim como identifiquei situações de risco e procurei intervir em conformidade, desenvolvendo as minhas competências no domínio da liderança, comunicação, gestão de risco e qualidade.

Os trabalhos que foram desenvolvidos ao longo do estágio e que se apresentam em apêndice (Apêndices A e C) constituem alguns exemplos das aprendizagens realizadas, tanto a nível profissional como pessoal, motivando à realização de pesquisas na literatura e ao desenvolvimento de competências de EEMC, tendo por base uma prática baseada na evidência, enquanto abordagem que propicia a procura e a implementação dos melhores conhecimentos na prática (Galvão, Sawada, Rossi, 2002)

Ao longo deste relatório foram diversos os temas que emergiram como oportunidades de melhoria, tanto no contexto da emergência pré-hospitalar, como nas UCI.

Neste percurso, a problemática da qualidade foi considerada um foco de atenção principal, em temas que se relacionam com a importância da partilha de informação para a qualidade, continuidade e segurança dos cuidados. Em certo ponto, até posso considerar que os temas se cruzam entre si, uma vez que, mesmo na temática relacionada com o controlo de infeção nas UCI (tema que constituiu a base do trabalho desenvolvido num dos contextos de estágio), a colheita, a análise e a partilha de dados foi valorizada enquanto forma de reconhecer problemáticas e, assim, orientar intervenções que promovessem a qualidade e segurança.

A procura pela qualidade, ainda assim, não faria sentido se não fosse considerado como alvo principal de cuidados a pessoa.

Tal como tem vindo a ser apresentado, as UCI, enquanto ambientes de prática que possibilitam o tratamento a doentes em que uma ou mais funções vitais estão em falência ou na sua eminência (Pinheiro, 1994; Ministério da Saúde, 2003), são contextos complexos, que não só implicam a existência de recursos humanos e técnicos próprios (Serafim, et al, 2017), mas que carecem de um equilíbrio particular, de modo a não comprometer a qualidade e a humanização dos cuidados (Mascarenhas, Rodrigues, 2017).

Nestes contextos, e tal como referem os padrões de qualidade, é importante não esquecer que o doente, enquanto pessoa, está em constante interação com o ambiente, modificando-o e

deixando-se modificar, num processo de procura incessante pelo equilíbrio e pela harmonia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Vivendo a pessoa “no tempo” e não “o tempo” (López Aspizarte citado por Pinheiro, 1994), têm sido diversas as perceções que têm vindo a ser emanadas ao longo dos anos acerca das vivências do doente numa UCI.

Em 2011, através de uma revisão sistemática da literatura foi inferido que os doentes internados nestas unidades, para além das vivências de cariz negativo, também passam por outras mais positivas. Das negativas, foi realçada a morte, os distúrbios cognitivos, o desconforto pela presença de dispositivos invasivos, as restrições de movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, a dificuldade em dormir, a dor, a ansiedade e o medo. Das positivas foram enaltecidas a confiança e a segurança, pela presença constante dos enfermeiros (Castro, Vilelas, Botelho, 2011).

Já em 2018, numa perspetiva de conforto, uma revisão integrativa concluiu que o internamento nas UCI é associado pelo doente a sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade, sendo necessárias medidas de alívio e tranquilidade, como a gestão da analgesia/sedação, a realização de exercícios, assim como a implementação de programas de informação (Faria, Pontífice-Sousa, Gomes, 2018).

Ainda assim, a UCI não reflete os seus efeitos apenas nos doentes, sendo necessária a expansão do foco da sua atuação às famílias dos doentes.

Segundo um estudo fenomenológico publicado em 2018, o internamento de um doente numa UCI afeta o bem-estar e autocuidado da família. No caso, o inesperado da notícia e a possibilidade da morte, condicionam a capacidade de análise e decisão por parte dos familiares (Mendes, 2018a).

Ficando provado que a família vive a notícia do internamento do seu familiar com um sofrimento que decorre da antecipação aos acontecimentos, concluiu-se que humanidade dos enfermeiros, no sentido da resposta às necessidade de informação, é um fator favorável ao processo de transição de todos os elementos, culminando na consciencialização, capacitação e alívio da carga emocional (Mendes, 2018a).

Estes dados corroboram os resultados de um estudo relativo às necessidades das famílias em cuidados intensivos, em que se inferiu que as necessidades com maior grau de importância para a família se reportam (1) à necessidade de informação relativamente ao tratamento médico (2) aos cuidados prestados (3) ao estado clínico do doente, assim como (4) à garantia de que o doente está a receber os melhores cuidados e (5) ao sentimento de que os profissionais se preocupam com o doente (Campos, 2014)

Já no que se refere ao modo de construção da interação enfermeiro-família, em contexto de doença crítica, foram inferidas três temáticas essenciais como estando na base da relação, sendo (1) a importância do acolhimento em cada dia de internamento, (2) o desejo de estarem fisicamente presentes e da sua presença ser reconhecida e identificada, assim como (3) o significado da atenção particular que lhes é garantida pela equipa, nomeadamente pelos enfermeiros (Mendes, 2018b).

A qualidade do atendimento é assim realçada como o fator que mais contribui para a promoção da satisfação da família, de um doente internado em UCI (Neves et al, 2018).

No contexto de estágio, foram vários os exemplos que me mostraram que a especialidade não é só aquisição e desenvolvimento de competências técnicas. A especialidade, nos contextos que trabalham com o doente crítico, possibilita o crescimento em termos de relação e interação, permitindo, para além da dinamização de respostas a situações de emergência ou da maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, o cuidado à pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Foi assim, com satisfação, que assisti e aprendi acerca do envolvimento dos enfermeiros com o doente e a família, com orgulho, que me apercebi das inúmeras tentativas de conforto e apoio a todos os integrantes no processo terapêutico e com emoção, que participei em “quebras de protocolo”, de modo a dar mais, em tempo e número de visitas, para que a família e o doente se sentissem mais seguros, esclarecidos e confortados.

Ainda assim, apesar da satisfação do doente ser um dos pontos chave para a qualidade dos cuidados, a investigação científica na área da enfermagem tem igualmente realçado que, numa perspetiva de qualidade, o foco não deve estar apenas direcionado para os doentes, mas para todos os fatores que influenciam os seus resultados.

Nas experiências dos estágios, através da interação com os profissionais, pude perceber com alguma frequência o descontentamento e a desmotivação, propiciados por uma carga de trabalho excessiva e sentimentos de falta de proteção pelos órgãos de gestão.

Quer por questões de violência verbal, quer pelos diversos riscos a que os profissionais estão diariamente expostos, realçados principalmente no contexto da emergência pré-hospitalar, quer pelas questões do stress ou da carga de trabalho excessivas, enaltecidas na realidade das UCI, foi possível evidenciar a existência de fatores que afetam o trabalho dos enfermeiros, tendo o potencial de influenciar negativamente a qualidade dos cuidados prestados.

Os estudos RN4CAST têm vindo a revelar que a segurança dos doentes passa efetivamente pela qualidade dos cuidados, mas que esta última está também relacionada com as condições de trabalho dos enfermeiros.

Assim, tem-se demonstrado que os níveis de stress e pressão ocasionados pelos modelos de gestão vigentes estão gradualmente a conduzir à exaustão, à despersonalização e à perda de realização profissional dos enfermeiros (Jesus et al, 2014); que os ambientes de prática são desfavoráveis e requerem intervenção, principalmente no que concerne às dimensões da adequação de recursos humanos e materiais, da participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, assim como da liderança e apoio dos enfermeiros (Jesus, Roque, Amaral, 2015); que os níveis de *engagement* dos enfermeiros são afetados pelas condições organizacionais (Pinto et al, 2015); e que o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros aumenta o risco de morte dos doentes (Aiken et al, 2014).

Pelo potencial de afetar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, os riscos psicossociais têm vindo a ser alvo de atenção por parte da investigação científica e de intervenção por organizações nacionais e internacionais.

Já no final do século passado os riscos psicossociais eram definidos pela Organização Internacional do Trabalho, como as interações entre o conteúdo do trabalho, a organização e a gestão do mesmo com outras condições organizacionais e ambientais, como as competências e necessidades dos trabalhadores ou outros fatores que provassem ter uma influência perigosa na saúde dos mesmos através das suas perceções e experiências (WHO, 1984).

Assim, importando conhecer a sua origem, devem ser identificados todos os riscos que, originados pelas condições de trabalho e por fatores organizacionais e relacionais, tenham potencial para afetar a saúde mental, física e social dos trabalhadores (Gollac, Bordier, 2011; Leka, Cox, 2010).

Ao longo dos anos, o meio laboral evoluiu pela necessidade de organizações mais dinâmicas e adaptáveis a um ambiente em constante mutação (Costa, Santos, 2013). A alteração do valor e significado que o trabalho tem para os indivíduos e grupos sociais, as novas formas de organização, as alterações socioeconómicas, a alteração dos espaços, do conteúdo e da natureza do trabalho, não só justificam o aumento da visibilidade deste tema (Rantanen J., 1995; European Agency for Safety and Health at Work, 2013a), como potenciaram um aumento no esforço mental, ritmo e sobrecarga de trabalho, nos níveis de atenção e concentração, na responsabilidade e em horários mais diferenciados para os trabalhadores (Muñoz, 2006). Esta combinação de fatores tem contribuído para a potenciação dos riscos psicossociais no local de trabalho, os quais crescem proporcionalmente com os níveis de stress dos trabalhadores (Leka, Griffiths, Cox, 2003).

Ainda assim, o stress ocupacional, reconhecido como a resposta que as pessoas podem ter quando expostas a exigências e pressões do trabalho que não são compatíveis com as suas capacidades, apesar de ser o risco psicossocial de maior relevo e cuja experiência durante

longos períodos pode conduzir a problemas graves na saúde física e psicológica dos trabalhadores, não é o único risco reconhecido. A ele se juntam o burnout, a violência, o assédio e o bullying/mobbing, como os principais desafios para a saúde ocupacional (European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 2010; Leka, Griffiths, Cox, 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2013b).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho reconhece diversas condições organizacionais como potenciadoras destes problemas, mas admite que as mesmas não devem ser confundidas com metodologias que potenciem ambientes saudáveis, estimulantes e promotores de desenvolvimento de capacidades (European Agency for Safety and Health at Work, 2013b).

Desta forma, o trabalho excessivamente exigente, o tempo insuficiente para a conclusão de tarefas, a falta de clareza acerca das funções a desenvolver, a desadequação entre as exigências e as competências individuais, a falta de envolvimento na tomada de decisões, o trabalho solitário que potencie a exposição a riscos no contacto com terceiros, a falta de apoio por colegas ou chefias, o assédio psicológico ou sexual, a injustiça nas recompensas, a comunicação ineficaz e as dificuldades em conjugar a vida pessoal com a profissional, têm sido apontados como fatores de risco psicossocial no local de trabalho (European Agency for Safety and Health at Work, 2013b).

Na última sondagem de opinião europeia sobre a segurança e saúde no local de trabalho realizada em 2013, foi possível inferir que 72% dos trabalhadores consideram que a reorganização do trabalho ou a insegurança em termos de emprego constitui uma das causas mais comuns de stress relacionado com o trabalho; 66% atribuem o stress a horas de trabalho excessivas ou carga de trabalho; 59% atribuem o stress ao facto de estarem sujeitos a comportamentos abusivos, como *bullying* ou assédio; 51% de todos os trabalhadores dão conta que o stress relacionado com o trabalho é algo que é comum no seu local de trabalho; e 40% dos trabalhadores considera que o stress não é corretamente gerido no seu local de trabalho (European Agency for Safety and Health at Work, 2013c).

Os riscos psicossociais no trabalho constituem então um desafio da atualidade não só pelo impacto que têm na saúde das pessoas mas também nas próprias organizações e na economia do país (European Agency for Safety and Health at Work, 2018).

Este tipo de riscos, para além de culminarem em compromissos físicos e/ou psicológicos do trabalhador, afetando a sua produtividade, conduzem a absentismo, presenteísmo (presentes no serviço, mas incapazes de trabalhar) e aumento das taxas de acidentes e lesões, situações reconhecidas como consequências negativas para os empregadores.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, os períodos de absentismo tendem a ser mais elevados quando são potenciados por estas causas e os custos estimados para as empresas e para a sociedade chegam aos milhares de milhões de euros (European Agency for Safety and Health at Work, 2018, 2013b).

Assim, tem vindo a ser demonstrado que 50% a 60% de todos os dias de trabalho perdidos podem ser atribuídos ao stress relacionado com o trabalho e a riscos psicossociais (European Agency for Safety and Health at Work, 2000) e que estas situações implicam custos totais na União Europeia, relacionadas ou não com o trabalho, estimados em 240 mil milhões de euros por ano (Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho, 2009) dos quais 136 mil milhões euros advêm de perdas de produtividade, incluindo absentismo devido a baixas por doença.

A depressão relacionada com o trabalho também tem sido alvo de estudo por parte da comunidade científica. Num recente projeto financiado pela União Europeia em 2013, o custo para os empregadores, resultantes da depressão relacionada com o trabalho, foi calculado em 617 mil milhões de euros anuais, nos quais estão incluídos 272 mil milhões de euros decorrentes do absentismo e do presenteísmo, 242 mil milhões de euros da perda de produtividade, 63 mil milhões de euros relativos a custos dos cuidados de saúde e 39 mil milhões de euros da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez (Matrix, 2013).

Apesar do stress e dos riscos psicossociais estarem presentes em diversas formas de atividade laboral, a investigação tem apontado para a necessidade de se distinguir os serviços de urgência e emergência pelas circunstâncias especiais em que se executa a sua atividade. Nestes contextos, a responsabilidade aumentada, o cuidado contínuo e ininterrupto, a necessidade de satisfação das necessidades imediatas, a exposição frequente ao sofrimento humano, ao luto e à morte, constituem fatores importantes a ter em conta na valorização dos riscos psicossociais dos trabalhadores (Ilić, et al, 2017).

Vários indicadores como a reforma precoce, o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, as doenças músculo-esqueléticas e outras doenças malignas, o aumento da ansiedade, depressão e distúrbios de stress pós-traumático, o aumento da mortalidade, da morte súbita e da incidência de lesões relacionadas com o trabalho, sugerem que os profissionais de saúde que exercem as suas atividades nestas áreas de atuação, estão expostos a maiores riscos quando comparados com outros trabalhadores (Sterud, Ekeberg, Hem, 2006; Wieclaw et al, 2006; Ilić et al, 2017), incorrendo igualmente em maior risco de erros durante a sua atividade (Källberg et al, 2017).

Estes dados são ainda reforçados por uma revisão sistemática da literatura relativa à violência contra os profissionais que executam a sua atividade na área da emergência. Nessa

publicação, a violência é considerada um risco comum para estes profissionais e carece de atenção e intervenção por parte das instituições (Maguire, et al, 2018).

Neste ponto, é importante realçar que a violência, enquanto risco ocupacional, compreende lesões físicas, níveis de stress aumentados, perda de satisfação pelo trabalho, ansiedade, comportamentos de evitamento, comprometimento nas relações pessoais e nas reações perante a morte (Richards J., 2003)

A abordagem de gestão de risco constitui uma boa alternativa para se tentar ultrapassar estas situações, não só pelo potencial de deteção precoce das situações críticas ao nível dos riscos psicossociais dos trabalhadores, mas por permitir uma intervenção adaptada às necessidades, assegurando-se a saúde dos trabalhadores (Leka, Griffiths, Cox, 2003; Leka, Cox, 2008).

Os modelos de gestão de risco são maioritariamente baseados no *Deming Cycle*, com as etapas “*Plan, Do, Check and Act*”, seguindo os seguintes pontos: (1) foco declarado numa população de trabalho definida, local de trabalho, conjunto de operações ou num tipo de equipamento em particular; (2) avaliação dos riscos de modo a perceber a natureza do problema e as suas causas; (3) delineamento e implementação de um plano de ação perante os riscos identificados; (4) avaliação das intervenções; (5) gestão ativa e cuidadosa do processo (Leka, S., Griffiths, A.J., & Cox, 2005).

Deste modo, a gestão de riscos psicossociais não é uma atividade isolada, mas um processo com várias fases, que exige mudanças no ambiente de trabalho, em que a existência de um serviço eficaz de gestão da saúde e segurança do trabalho se traduz em mais benefícios para as empresas (Eurofound and EU-OSHA, 2014).

Os modelos para a gestão de riscos psicossociais são relativamente simples, mas implicam uma análise e perceção adequadas daquilo que se apresenta. Quando se procura identificar uma situação de risco é preciso ter em atenção que essa identificação pode ser feita de duas formas, sendo (1) numa em que se procura identificar a situação específica que afeta os trabalhadores de um modo singular, em que a opinião de quem trabalha é um fator a ter em conta; e (2) noutra em que se procura chegar à situação de risco pela análise de indicadores organizacionais, no sentido de se perceber o motivo do seu peso (exemplo, a procura do motivo de determinado valor nos indicadores de absentismo) (Leka, Cox, 2010).

Por sua vez, quando se fala em planeamento de intervenção, não significa que se consiga eliminar o risco. A redução do seu efeito sobre a saúde dos trabalhadores pode ser mesmo a única solução. Neste ponto é importante realçar a necessidade de se ter em consideração a opinião de quem executa a atividade que está a ser sujeita a avaliação. A participação dos

trabalhadores nos processos de análise, decisão e mudança é um fator importante a ter em conta para o sucesso (Leka, Cox, 2010).

Uma organização saudável é assim definida como aquela que tem valores e práticas propiciadoras da saúde e bem-estar dos trabalhadores, promovendo a produtividade e boa performance (Leka, Cox, 2010). Por sua vez, um trabalho saudável é aquele em que as exigências sobre os funcionários estão em consonância com as suas capacidades e recursos, com a quantidade de controlo que possuem sobre o seu trabalho e com o apoio que recebem de pessoas importantes para si.

Um ambiente de trabalho saudável, tendo em conta a definição de Saúde pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), é aquele em que não há apenas uma ausência de condições negativas, mas uma abundância de condições que promovem a saúde laboral, como é o caso da avaliação contínua dos riscos para a saúde, da prestação de informação e formação adequadas sobre questões de saúde ou da disponibilidade de práticas e estruturas de apoio organizacional à promoção da saúde, por exemplo (Leka, Griffiths, Cox, 2003).

A gestão dos riscos psicossociais e da saúde ocupacional relacionam-se ainda com a imagem global da organização e podem levar à redução do absentismo, dos acidentes, dos erros e até mesmo dos custos relacionados com os tratamentos médicos ou seguros (Leka, Cox, 2010).

O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFIC@, partindo da premissa que os incidentes acontecem no decorrer da prestação de cuidados e que podem ser evitados, preconiza uma notificação voluntária, anónima, confidencial e não punitiva, dotando os profissionais e os cidadãos de um instrumento que conduza em última instância à aprendizagem com o erro (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Da análise dos relatórios deste sistema, disponibilizados pela DGS, pode verificar que as notificações de incidentes, por parte de profissionais e doentes, tem aumentado ao longo dos anos e que desde o último trimestre de 2016 que, por exemplo, as notificações de violência contra os profissionais, têm vindo a ganhar cada vez mais visibilidade, nomeadamente ao nível do assédio moral/mobbing, violência física e violência verbal (Direção-Geral da Saúde, 2016b, 2017f, 2017g, 2017h).

No último relatório disponível, correspondente ao terceiro trimestre de 2017, pode-se constatar que das 3130 notificações executadas no âmbito da violência contra profissionais, 75% corresponderam a assédio moral, 11% a violência física e 8% a violência verbal, das quais 55% das vítimas de violência corresponderam ao grupo profissional “enfermeiro” (Direção-Geral da Saúde, 2017h).

Na sequência destas preocupações, foi desenvolvido ao longo do processo de estágio, paralelamente a todos os trabalhos referenciados, um estudo que teve como objetivo conhecer e relacionar os riscos psicossociais que afetam os enfermeiros que prestam cuidados aos doentes críticos, em diferentes ambientes de prática, nomeadamente no que se refere à emergência pré-hospitalar, serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos.

Importando conhecer os riscos a que estão sujeitos os enfermeiros nos ambientes mais críticos, assim como de verificar a existência de diferenças entre os contextos de prática, foi assim desenvolvido um estudo transversal que contou com uma amostragem não probabilística, intencional. Foi obtido o consentimento da comissão de ética de um hospital central da zona norte de Portugal para aplicar o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros que trabalham em SU e UCI. O estudo foi ainda replicado a serviços de outras instituições da mesma área geográfica (SU, UCI e EPH), pelo interesse demonstrado por parte das chefias, coordenadores e diretores. O projeto do estudo encontra-se em apêndice deste relatório (Apêndice D), assim como o consentimento obtido na unidade hospitalar (Apêndice E).

A colheita de dados decorreu entre Julho e Dezembro de 2018 e obteve uma taxa de participação de 40%.

O instrumento de colheita de dados selecionado foi Questionário Psicossocial de Copenhaga - COPSQ II Versão Média (Apêndice G), não só por ser um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, credibilidade e consenso na avaliação das mais importantes dimensões psicossociais relacionadas com o contexto laboral (Pejtersen et al, 2010), mas também por estar traduzido e validado para a população Portuguesa (Silva et al, 2014).

O questionário é apresentado em três versões, a curta, a média e a longa, tendo sido selecionada a versão média por ser aquela que é preferencialmente utilizada em estudos internacionais, possibilitando a comparação dos dados (Silva et al, 2014).

A versão média é constituída por 29 dimensões e 76 perguntas e pode ser usada para as fases de avaliação, planificação e inspeção do processo de gestão de risco (Silva et al, 2014).

Todos itens foram avaliados tendo em conta uma escala tipo Likert de 5 pontos (1-Nunca/quase nunca, 2-Raramente, 3-Às vezes, 4-Frequentemente e 5-Sempre ou 1-Nada/quase nada, 2-Um pouco, 3-Moderadamente, 4-Muito e 5-Extremamente).

O processamento dos dados foi executado com recurso ao sistema informático SPSS®, através de metodologias de análise descritiva e exploratória.

Tendo em conta as responsabilidades éticas foi obtido o consentimento do autor da versão Portuguesa do COPSQ II (Apêndice H), assim como da unidade hospitalar (Apêndice

E) e dos responsáveis dos serviços. Foi igualmente obtido o consentimento de cada um dos participantes (Apêndice F), antes da entrega do questionário.

O instrumento foi entregue em formato de papel, dentro de um envelope fechado e com um código atribuído pelo investigador principal, a cada participante que aceitou integrar o estudo.

Importa realçar que foi solicitado o preenchimento dos questionários fora do horário laboral, de modo a não comportar custos para as organizações, assim como o anonimato quanto à identificação das instituições em que os profissionais exercem funções, de modo a não relacionar os resultados com alguma instituição em particular.

A amostra final foi assim constituída por 61 enfermeiros e caracteriza-se por:

- Género - 77% género feminino e 23% género masculino;
- Idade - 32.8% com idades num intervalo de 21-30 anos, 44.3% entre os 31-40 anos, 14.8% entre 41-50 anos e 8.2% entre os 51-60 anos;
- Graduação - 59% de enfermeiros generalistas e 41% enfermeiros especialistas;
- Tipo de contrato - 24.6% com contrato de trabalho de funções públicas e 75.4% com contrato individual de trabalho;
- Serviço – 9.8% pré-hospitalar, 32.8% SU e 57.4% UCI;
- Acumulação de funções noutras instituições – 42.6% acumulam e 57.4% não acumulam;
- Tipo de horário – 4.9% com horário fixo, 3.3% trabalham por turnos sem noites e 91.8% trabalham por turnos com noites;
- Tempo no serviço – 50.8% até 10 anos, 32.8% 11-20 anos, 13.1% 21-30 anos e 3.3% mais de 31 anos;
- Horário de trabalho – 91.8% trabalham 35 horas semanais e 8.2% 40 horas semanais.

Após a análise dos resultados (Apêndice I) foi possível inferir que, nesta população, existem níveis elevados de exposição a situações de risco no local de trabalho, nomeadamente no que se refere às dimensões relativas às *exigências cognitivas* (97%), *exigências emocionais* (88%), *apoio social de superiores* (69%) e *conflito trabalho-família* (61%). Tendo em consideração os valores de referência para a população portuguesa, decorrentes do processo de validação da escala (Silva et al, 2014), é possível verificar que estas dimensões apresentam um score superior quando comparadas com estudo de Silva (2014). Neste último, são assumidos como valores de referência para as *exigências cognitivas* (aproximadamente 70%), *exigências emocionais* (aproximadamente 50%), *apoio social de superiores* (aproximadamente 27%) e

conflito trabalho-família (aproximadamente 22%), sendo que às duas primeiras dimensões correspondem os dois maiores scores de risco do referido estudo (Silva et al, 2014).

Ilić [et al.] (2017) através da aplicação do COPSOQ a 188 profissionais de saúde de um serviço de urgência (médicos e enfermeiros) de um hospital da Servia, reconheceram que nestes ambientes os profissionais, para além de estarem expostos a eventos particulares que vão além das experiências humanas comuns, enfrentam grandes exigências em termos de trabalho, responsabilidade e compromisso, que se associam a sentimentos de insegurança e pouca liberdade. Neste estudo, foi mesmo evidenciado uma correlação estatisticamente significativa entre a carga de trabalho, a possibilidade de controlo, o suporte social e o stress, com o risco de burnout. Estes resultados são ainda reforçados por Rahman, Abdul-Mumin e Naing (2017) que, através de um estudo transversal que contou com 201 enfermeiros de SU e UCI de hospitais de Brunei, concluíram que os enfermeiros experienciam exigências elevadas em termos de carga de trabalho, ritmo, stress e burnout. Assim, reconhecendo-se a responsabilidade aumentada, o cuidado contínuo e ininterrupto, a necessidade satisfação das necessidades imediatas, a exposição frequente ao sofrimento humano, ao luto e à morte, enquanto fatores importantes a ter em consideração na valorização dos riscos psicossociais dos profissionais que trabalham com o doente crítico, as discrepâncias entre os resultados encontrados e os valores de referência para a população portuguesa, podem ser justificados pelo aumento das exigências nestes contextos de trabalho (Ilić et al, 2017; Abdul Rahman, Abdul-Mumin, Naing, 2017).

Na sequência da exploração dos dados foi ainda possível encontrar coerências com os resultados com os estudos de Malloy e Penprase (2010) e Manning (2016) ao ter sido verificada uma relação entre os riscos psicossociais e algumas dimensões relacionadas com os domínios da gestão. Deste modo, o *apoio social de superiores*, a *qualidade da liderança*, a *confiança vertical*, a *justiça e respeito*, e a *satisfação no trabalho*, emergiram enquanto focos de atenção neste estudo.

Em 2010, Malloy e Penprase, através de um estudo que contou com a participação de 122 enfermeiros e que procurou relacionar o estilo de liderança e os riscos psicossociais, mostraram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os riscos psicossociais e o estilo de liderança adotado, inferindo que os riscos eram menores se fosse usada uma liderança que não só tivesse por base a construção de confiança, integridade, motivação, encorajamento e acompanhamento (características de uma liderança transformacional), como recompensasse o atingimento de objetivos (característica de uma liderança transacional) (Malloy, Penprase, 2010). Por sua vez, Manning (2016), contando com uma amostra de 446 enfermeiros de três hospitais nos Estados Unidos da América para avaliar a influência do estilo de liderança adotado pelos enfermeiros gestores no envolvimento dos

enfermeiros com o trabalho, corroborou os resultados de Malloy e Penprase (2010) ao concluir que os gestores que apoiam e comunicam através de um estilo de liderança transformacional e transacional conseguem melhores resultados na equipa de enfermagem, podendo mesmo beneficiar os resultados organizacionais (Manning, 2016). Assim, de encontro aos resultados encontrados, a construção da confiança foi relevante neste estudo pela necessidade de melhorias na transparência e reciprocidade das relações com a gerência (*confiança vertical*); a integridade, por sua vez, refletiu-se na necessidade de uma atuação mais congruente com a ética e a moral, quer na resolução dos conflitos, quer na distribuição do trabalho, por parte da chefia (*justiça e respeito*); a motivação realçou-se pela necessidade dos enfermeiros verem as suas capacidades reconhecidas pelos superiores (*satisfação no trabalho*); o encorajamento e o acompanhamento foram enaltecidos pela necessidade dos enfermeiros receberem mais apoio e feedback acerca do seu trabalho (*apoio social de superiores*); e, por último, a recompensa pelo atingimento de objetivos, foi realçada, por exemplo, pela necessidade dos enfermeiros terem acesso a mais oportunidades de desenvolvimento, por parte da gerência (*qualidade da liderança*).

A pertinência de metodologias de gestão que zelassem por uma liderança transformacional, que valoriza a comunicação e o suporte, e uma liderança transacional, que valoriza a recompensa em prol do atingimento de objetivos, não só são consistentes com os resultados encontrados neste estudo, como afastam metodologias de gestão mais permissivas e que apenas intervêm quando os problemas estão instalados. Na realidade encontrada, os enfermeiros têm necessidades de apoio, confiança e reconhecimento, através de metodologias de gestão que se suportem a sua prática em pilares de integridade e justiça (Malloy, Penprase, 2010; Manning, 2016; Dempsey, Assi, 2018).

O *Conflito trabalho-família* assumiu neste estudo uma dimensão estatisticamente significativa num grupo de enfermeiros que trabalham há menos tempo nos serviços, facto que também é suportado com os resultados encontrados no estudo de Dempsey, Reilly e Buhlman (2014), ao ser referenciado que estes profissionais estão mais envolvidos no trabalho nos primeiros 6 meses, decrescendo os seus níveis de envolvimento desde esse período, até aos 10 anos no serviço (Dempsey, Reilly, Buhlman, 2014). Seguindo a linha de pensamento que se refere aos domínios da gestão e da liderança, tendo em conta os resultados encontrados, fica a questão se os enfermeiros que trabalham há menos tempo num serviço que vise a prestação de cuidados ao doente crítico, estão mais envolvidos com o trabalho ou lidam com maior pressão e insegurança laboral, o que os faz aceitar mais horas e por isso maior prejuízo no seio familiar.

No que se refere à dimensão dos comportamentos ofensivos, foi igualmente encontrado suporte na literatura, ao ser demonstrado no estudo de Rahman, Abdul-Mumin e Naing (2017) que estes profissionais, têm elevada prevalência de ameaças de violência e bullying, com realce

para os enfermeiros que trabalham no SU em detrimento da UCI. Maguire [et al.] (2018), através de uma revisão sistemática da literatura que contou com uma análise de artigos entre o ano 2000 e 2016, reforçaram a questão da violência contra os profissionais que trabalham em serviços de emergência, enunciando mesmo que se trata de um risco comum (Maguire, O'Meara, O'Neill, Brightwell, 2018).

Após os resultados apresentados é possível inferir que, para esta população, os fatores que mais influenciam os riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico, se relacionam com a metodologia de gestão adotada, em questões relativas ao apoio dos superiores, distribuição de trabalho, reconhecimento e até mesmo valorização das competências individuais, sendo necessárias intervenções que possam melhorar as condições de trabalho destes profissionais, de modo a que não incorram em desgaste físico ou psicológico que possa comprometer a qualidade dos cuidados dos doentes.

Ainda assim, fica a questão de saber se os resultados obtidos não terão sido influenciados pelo momento em que foi realizado este estudo, pelas diversas formas de luta que atualmente têm procurado dignificar a profissão.

Como limitações deste estudo é possível apontar o pequeno número da amostra, que poderá não ser representativo da população em estudo, não permitindo generalizar os resultados. Assim, é importante que estudos posteriores possam considerar amostras maiores e mais representativas, que tenham em atenção contextos específicos, de modo a proporcionar mais conhecimentos acerca das realidades e intervir de modo adequado em cada contexto ou serviço mediante as suas especificidades, ao nível da gestão e da equipa.

Importa realçar que, no sentido da disseminação dos resultados e do conhecimento gerado, este trabalho será submetido para publicação numa revista, sendo igualmente submetido o resumo para um evento científico da área do mestrado.

Neste ponto, acredito que o EEMC é essencial nos contextos da prestação de cuidados ao doente crítico, não só pelos conhecimentos aprofundados acerca das situações que afetam, ou podem afetar, o doente desta área de especialidade, mas também, e acima de tudo, pelas competências desenvolvidas que lhe permitem cuidar holisticamente, tendo em consideração o doente como um todo, integrado numa realidade que carece de igual atenção, para a melhoria da qualidade dos cuidados.

É desta forma que, pela melhoria do autoconhecimento, enquanto pessoa e enfermeiro, pela tentativa de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, por tentar ser facilitador da aprendizagem, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, assim como, por prover liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e

procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, que acredito ter atingido as competências necessárias a este domínio.

4. Conclusão

Um estágio consiste num período de experiências e possibilidades que permite não só a consolidação de conhecimentos teóricos, como a aquisição e construção de novos saberes e linhas de pensamento (Fernandes, 2007), através de um processo de reflexão contínua (Alarcão, 1996).

Foi neste espírito de abertura, iniciativa e disponibilidade que me fui reconstruindo enquanto pessoa e profissional, num processo que, dia após dia, me tem conduzido à aprendizagem e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências, no sentido da especialização.

Admitindo o meu especial interesse pela área da qualidade, em todas as componentes que lhe dizem respeito, tentei desenvolver ao longo dos estágios um trabalho que me permitisse não só aprofundar um pouco mais os meus conhecimentos acerca desta área tão vasta, mas também melhorar a qualidade dos cuidados no local, através de várias intervenções.

Os trabalhos desenvolvidos ao longo dos contextos decorreram das inúmeras dificuldades vivenciadas, e que tinham potencial de comprometer a segurança dos doentes. Quer fosse pela falta de informação adequada que impossibilitava a continuidade dos cuidados, quer pelo incumprimento das normas de boas práticas, procurei ter uma atitude pró-ativa de identificação de situações de risco, no sentido de propor ações que potenciasses a melhoria das práticas de cuidados.

O trabalho relativo aos riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico constituiu uma outra face da mesma moeda ao procurar alertar para a problemática das condições de trabalho dos profissionais, com vista ao atingimento dos melhores cuidados, para além do desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria da qualidade e da investigação em saúde.

Após este exercício de pesquisa e análise crítica, acredito não só ter conseguido aprofundar os meus conhecimentos acerca dos fatores que afetam a qualidade dos cuidados que são prestados aos doentes, de um modo direto e indireto, como, enquanto enfermeiro numa UCI polivalente, considero ter adquirido conhecimentos e instrumentos valiosos, que não só têm potencial de melhorar a minha prática, como de auxiliar todos os outros na melhoria das suas.

A possibilidade de comparação da teoria com a prática, de revisão de literatura acerca dos mais variados temas, da realização de auditorias informais, assim como de participar na construção dos instrumentos que servem às auditorias diárias nos serviços, constituíram vantajosos momentos de formação, contribuindo para um processo de reflexão acerca das funções de um EEMC.

Ainda assim, não considero ter sido um caminho fácil, pelas várias condicionantes que influenciaram a minha intervenção, nomeadamente, a necessidade de, no último estágio, ter de trocar de serviço por impossibilidade do mesmo em manter a formação. Apesar de considerar vantajoso conhecer outras realidades, a passagem por duas unidades no tempo que era destinado a apenas uma, não me possibilitou o aprofundamento e a concretização, necessárias a este tipo de trabalho. A participação de um modo mais ativo na formação da equipa, no que se refere à apresentação formal das conclusões do trabalho desenvolvido, acabou por ser um objetivo que ficou aquém do esperado. Não obstante, tentei ultrapassar essa dificuldade apresentando por escrito as conclusões e propostas de melhoria aos responsáveis de serviço, de modo a servir de suporte à evolução das metodologias de gestão, potenciando a qualidade dos cuidados.

A Professora Doutora Margarida Vieira afirma numa das suas obras, que na consideração de que os cuidados são um direito fundamental inerente à dignidade humana, os profissionais devem fundamentar a sua prática em valores de compaixão, competência, justiça e responsabilidade (Vieira, 2017).

Analisando agora o meu percurso, considero que a unidade curricular Estágio Final e Relatório, mais que a potenciação dos meus níveis de conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, quer seja a nível teórico ou prático, me tornou mais e melhor, através do desenvolvimento desses valores que são tão fundamentais para a profissão.

Foi assim, pelo valor da compaixão, que procurei aliviar o sofrimento do doente e da família, que através do valor da competência, pesquisei e aprofundei conhecimentos para melhorar a minha prática, que pelo valor da justiça, aproveitei o máximo que consegui desta oportunidade que o destino me facultou ao ter sido aceite neste processo de formação e nestes locais de estágio e, por fim, pelo valor da responsabilidade, que procurei potenciar os níveis da excelência profissional, através do meu contributo aos locais de estágio, valorizando tanto quanto pude a formação e a profissão.

5. Referências Bibliográficas

ABDUL RAHMAN, Hanif, ABDUL-MUMIN, Khadizah and NAING, Lin. (2017) Psychosocial Work Stressors, Work Fatigue, and Musculoskeletal Disorders: Comparison between Emergency and Critical Care Nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian Nursing Research* [online]. Vol. 11, no. 1, p. 13–18. DOI 10.1016/j.anr.2017.01.003.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. (2009) RSE – Registo de Saúde Electrónico. Documento de Estado da Arte. . P. 1–137.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. (2013) *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos - RT 09/2013*.

AIKEN, Linda H., SLOANE, Douglas M., BRUYNEEL, Luk, VAN DEN HEEDE, Koen, GRIFFITHS, Peter, BUSSE, Reinhard, DIOMIDOUS, Marianna, KINNUNEN, Juha, KÓZKA, Maria, LESAFFRE, Emmanuel, MCHUGH, Matthew D., MORENO-CASBAS, M. T., RAFFERTY, Anne Marie, SCHWENDIMANN, Rene, SCOTT, P. Anne, TISHELMAN, Carol, VAN ACHTERBERG, Theo and SERMEUS, Walter. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*. Vol. 383, no. 9931, p. 1824–1830. DOI 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

ALARCÃO, I. (1996) *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

ALLEGIANZI, Benedetta, NEJAD, Sepideh Bagheri, COMBESCURE, Christophe, GRAAFMANS, Wilco, ATTAR, Homa, DONALDSON, Liam and PITTET, Didier. (2011) Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [online]. Vol. 377, no. 9761, p. 228–241. DOI 10.1016/S0140-6736(10)61458-4.

ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. (1990) *Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde*. ISBN 9788578110796.

ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. (2005) Constituição da República Portuguesa. [online]. P. 91. DOI 10.1017/CBO9781107415324.004. Available from: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. (2012) *Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Diário da República, 1.ª série — N.º 136.

BENNER, P. (2001) *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

BRANDÃO, Sandra Cristina. (2016) *Da gestão intermédia à gestão de topo*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

CALDANA, Graziela, HIROTANI, Leticia Cristina, GABRIEL, Carmen Silvia, SILVA, Larissa Gutierrez de Carvalho and BERNARDES, Andrea. (2018) Instrumentos Para Avaliação De Resultados De Programas De Melhoria Da Qualidade: Revisão Integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* [online]. Vol. 32, p. 1–14. DOI 10.18471/rbe.v32.22292. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22292>

CAMARGO, Carlos A., TSAI, Chu Lin, SULLIVAN, Ashley F., CLEARY, Paul D., GORDON, James A., GUADAGNOLI, Edward, KAUSHAL, Rainu, MAGID, David J., RAO, Sowmya R. and BLUMENTHAL, David. (2012) Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 60, no. 5, p. 555–563.e20. DOI 10.1016/j.annemergmed.2012.02.018.

CAMPOS, Sara. (2014) *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos* [online]. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77954/2/108992.pdf%0A>

CARAM, Carolina da Silva, BRITO, Maria José Menezes and PETER, Elizabeth. (2018) Acreditação hospitalar: A excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. *Enferm. Foco*. Vol. 1, no. 1, p. 31–35.

CASTRO, Cidália, VILELAS, José and BOTELHO, Maria Antónia Rebelo. (2011) A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI : Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. Vol. 15, no. 2, p. 41–59.

CHACOUR BAHOUS, Marta and SHADMI, Efrat. (2016) Health information exchange and information gaps in referrals to a pediatric emergency department. *International Journal of Medical Informatics* [online]. Vol. 87, p. 68–74. DOI 10.1016/j.ijmedinf.2015.12.011.

COSTA, Lúcia Simões and SANTOS, Marta. (2013) Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. *International Journal on Working Conditions*. Vol. June, no. 5, p. 39–58.

DEMPSEY, Christina and ASSI, Mary Jo. (2018) The Impact of Nurse Engagement on Quality , Safety , and the Experience of Care. What Nurse Leaders Should Know. *Nursing Administration Quarterly*. Vol. 42, no. 3, p. 278–283. DOI 10.1097/NAQ.0000000000000305.

DEMPSEY, Christina, REILLY, Barbara and BUHLMAN, Nell. (2014) Improving the patient experience: Real-world strategies for engaging nurses. *Journal of Nursing Administration*. Vol. 44, no. 3, p. 142–151. DOI 10.1097/NNA.0000000000000042.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2010) Circular Normativa N° 13 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. . Vol. 1, p. 44.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2011) Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório técnico final*. P. 142.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2012) Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). P. 1–26.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2014) Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. P. 42.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015a) Norma 020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. P. 1–12.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015b) *Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.*

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2016a) Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015. [online]. P. 1–43. DOI 2184-1179. Available from: www.dgs.pt

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2016b) Relatório - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes 4ºT-2016. P. 1–3.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017a) *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde.*

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017b) Norma 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (atualização 30/05/2017). P. 1–13. DOI 10.1016/j.cej.2018.04.073.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017c) Norma nº 019/2015 - Feixe de intervenções de prevenção de ITU associados a cateter vesical. P. 1–12.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017d) Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Vol. 8, p. 24.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017e) Orientação 002/2017 - Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. P. 1–15.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017f) Relatório - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes 1ºT-2017. P. 1–3.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017g) Relatório - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes 2ºT-2017. P. 1–3.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017h) Relatório - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes 3ºT-2017. P. 1–3.

DONABEDIAN, A. (2003) *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.

EUROFOUND AND EU-OSHA. (2014) *Psychosocial Risks in Europe - Prevalence and Strategies for Prevention*. ISBN 9789289712187.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2000) *Research on Work-related Stress*. ISBN 9282892557.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2007) *Expert Forecasts on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health* [online]. ISBN 9789291911400. Available from:
<https://osha.europa.eu/sv/tools-and-publications/publications/reports/7807118>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2010) Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. *Osha*. P. 1–16. DOI 10.2802/891278.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2013a) *EU-OSHA multi-annual strategic programme (MSP) 2014-2020* [online]. Available from:
<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/corporate/eu-osha-multi-annual-strategic-programme-2014-2020/view>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2013b) *Guia da campanha - Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho* [online]. Luxemburgo. ISBN 9789292400972. Available from: <https://eguides.osha.europa.eu/stress/PT-PT/>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2013c) *European opinion poll on occupational safety and health* [online]. ISBN 978-92-9240-065-1. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2018) Riscos psicossociais e stresse no trabalho. [online]. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>

FARIA, José Manuel Silva, PONTÍFICE-SOUSA, Patrícia and GOMES, Mário João Pinto. (2018) O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*. P. 490–502.

FERNANDES, O. (2007) *Entre a Teoria e a Experiência - Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no Hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

FONTES, Suzana Vieira Martins, SANTOS, Yasmin de Jesus, MELO, Ingrid Almeida and ET AL. (2018) AUDITORIA EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE QUALIDADE PARA SAÚDE: *Ciências Biológicas e de Saúde Unit* [online]. Vol. 5, no. 1, p. 13–24. Available from: periodicos.set.edu.br

FORDYCE, James, BLANK, Fidela S J, PEKOW, Penelope, SMITHLINE, Howard A, RITTER, George, GEHLBACH, Stephen, BENJAMIN, Evan and HENNEMAN, Philip L. (2003) Errors in a Busy Emergency Department. . No. September. DOI 10.1067/mem.2003.271.

GALVÃO, Cristina Maria, SAWADA, Namie Okino and ROSSI, Lídia Aparecida. (2002) A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. Vol. 10, no. 5, p. 690–695. DOI 10.1590/S0104-11692002000500010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&tlng=pt

GARCIA, Thayse Tobar, FERREIRA, Wellington Fernando da Silva and SILVA, Alice da. (2018) Processo de auditoria em enfermagem e suas dimensões na assistência ao paciente: uma revisão sistemática de literatura. *C&D-Revista Eletrônica da FAINOR*. Vol. 11, no. 1, p. 1–30.

GOLLAC, M and BORDIER, M. (2011) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*. P. 1–223.

GRUPO DE INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. (2016) Testamento Vital: Realidade Portuguesa. *VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos*.

HEALTH PROTECTION SCOTLAND. (2014) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a urinary catheter insertion quality improvement tool? . No. September, p. 1–34.

ILIĆ, Ivana M, ARANDJELOVIĆ, Mirjana Ž, JOVANOVIĆ, Jovica M and NEŠIĆ, Milkica M. (2017) Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna pracy* [online]. Vol. 68, no. 2, p. 167–178. DOI 10.13075/mp.5893.00516. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28345677>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2012) Plano de Atividades. [online]. P. 1–100. Available from: <https://www.inem.pt/category/transparencia/instrumentos-de-gestao/>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2013) SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. . No. 1ª Edição, p. 1–20.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2017a) O INEM. [online]. Available from: <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2017b) Missão, Visão e Valores. [online]. Available from: <https://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2017c) Relatório anual - Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). [online]. P. 1–39. Available from: <https://www.inem.pt/category/transparencia/instrumentos-de-gestao/>

JESUS, E., PINTO, A., FRONTEIRA, I. and MENDES, A. (2014) Estudo Rn4Cast Em Portugal: Percepção Dos Enfermeiros Sobre Burnout. *Revista Investigação em Enfermagem* [online]. Vol. 9, no. Série II, p. 47–59. Available from: http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9_Serie2.pdf

JESUS, E., ROQUE, S. and AMARAL, A. (2015) Estudo Rn4Cast Em Portugal: Ambientes De Prática De Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Vol. 13, no. 2, p. 26–44.

KAELBER, David C. and BATES, David W. (2007) Health information exchange and patient safety. *Journal of Biomedical Informatics*. Vol. 40, no. 6 SUPPL., p. 40–45. DOI 10.1016/j.jbi.2007.08.011.

KÄLLBERG, Ann Sofie, EHRENBERG, Anna, FLORIN, Jan, ÖSTERGREN, Jan and GÖRANSSON, Katarina E. (2017) Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*. Vol. 33, p. 14–19. DOI 10.1016/j.ienj.2017.01.002.

KOHN, Linda T, CORRIGAN, Janet M and DONALDSON, Molla S. (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington, D.C.: National Academies Press. ISBN 978-0-309-26174-6. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>

LACERDA, Maria Ribeiro. (1998) ENFERMAGEM: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. *R. Bras. Enferm. Brasilia* [online]. Vol. 51, no. 2, p. 207–216. DOI 10.1300/J002v37n03_02. Available from: https://search.proquest.com/docview/199572670?accountid=9869%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%253Aassia&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Marria

LEITE, Francisco Guilherme de Magalhães Peres Pinto. (2016) *Sistemas de Informação em Enfermagem: Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num departamento de medicina* [online]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado Available from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12878/1/SIE_Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num departamento de medicina_Francisco Leite.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12878/1/SIE_Contributos%20para%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20painel%20de%20indicadores%20do%20exer%C3%A7%C3%ADcio%20profissional%20dos%20enfermeiros%20num%20departamento%20de%20medicina_Francisco%20Leite.pdf)

LEKA, S., GRIFFITHS, A.J., & COX, T. (2005) Work-related stress: the risk management paradigm. In: *A Research Companion to Organizational Health Psychology*. Chichester: Wiley.

LEKA, S. and COX, T. (2010) Psychosocial risk management at the workplace. In: *Occupational Health Psychology*. West-Sussex: Wiley-Blackwell. p. 124–156. ISBN 9781405191159.

LEKA, Stavroula and COX, Tom. (2008) *The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF* [online]. ISBN 9780955436529. Available from: <http://www.ripsol.org/Data/Elementos/467.pdf>

LEKA, Stavroula, GRIFFITHS, Amanda and COX, Tom. (2003) Work Organization & Stress. In: *Protecting Workers' Health* [online]. Geneva: World Health Organization. p. 1–26. ISBN 92-4-159047-5. Available from: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3rev.pdf?ua=1

LOBO, Maria Susana Neves Esteves Ribeiro. (2015) *Sistemas de Informação em Enfermagem: na perspetiva dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Mestrado

MAGUIRE, Brian J., O'MEARA, Peter, O'NEILL, Barbara J. and BRIGHTWELL, Richard. (2018) Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *American Journal of Industrial Medicine*. Vol. 61, no. 2, p. 167–180. DOI 10.1002/ajim.22797.

MALLOY, Terry and PENPRASE, Barbara. (2010) Nursing leadership style and psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. Vol. 18, no. 6, p. 715–725. DOI 10.1111/j.1365-2834.2010.01094.x.

MANNING, Jennifer. (2016) The Influence of Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Work Engagement. *The Journal of Nursing Administration*. Vol. 46, no. 9, p. 438–443. DOI 10.1097/NNA.0000000000000372.

MASCARENHAS, Marcos Oliveira and RODRIGUES, Jorgas Marques. (2017) Os Benefícios do Cuidado Humanizado na Unidade de Tratamento Intensivo em uma Perspectiva Holística. *Revista Saúde em Foco*. Vol. 4, no. 1, p. 18–28.

MATRIX. (2013) Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. *Specific Request EAHC/2011/Health/19 for the Implementation of Framework Contract EAHC/2010/Health/01 Lot 2* [online]. No. November, p. 1–132. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf

MENDES, Anabela. (2018a) Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família : estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 71, no. 1, p. 182–190.

MENDES, Anabela. (2018b) A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica : O cuidado centrado na família. *Atas CIAIQ2018*. Vol. 2, p. 203–212.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003) *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento* [online]. Lisboa : Direção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004a) Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010. [online]. P. 18. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004b) Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. *Direcção-Geral da Saúde*. Vol. 2. DOI <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015) *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* [online]. Portugal. Despacho n.º 1400-A/2015. ISBN 2611036357. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2017) Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República*. Vol. I SÉRIE-A, no. 93, p. 1739–1757.

MUÑOZ, A. (2006) *Salud laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción*. Salamanca: Amarú Ediciones.

NEVES, Josiele De Lima, SCHWARTZ, Eda, GUANILO, Maria Elena Echevarria, AMESTOY, Simone Coelho, MENDIETA, Marjoriê da Costa and LISE, Fernanda. (2018) Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva : revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 27, no. 2, p. 1–12.

NHS SCOTLAND/INFECTION CONTROL. (2014) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a central vascular catheter (CVC) insertion care quality improvement tool? . No. September, p. 1–30.

NHS SCOTLAND/INFECTION CONTROL. (2016) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a minimising ventilator associated pneumonia (VAP) quality improvement tool? . No. July, p. 1–15.

OPSS. (2018) Relatório de Primavera 2018 do OPSS - Meio Caminho Andado. [online]. No. p. 188. Available from: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual dos enunciados descritivos. . No. Dezembro, p. 1–24.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007a) Sistema de Informação de Enfermagem: Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. [online]. P. 1–8. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007b) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)* [online]. P. 16. Available from:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015a) *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro)*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015b) *Deontologia Profissional de Enfermagem*. ISBN 9789898444301.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015c) Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2ª série - Nº48 de 10 de Março*. P. 5948–5952.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018) Regulamento nº 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à p. *Diário da República*. Vol. 2ª série, no. 135, p. 19359–19370.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019) Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série — N.º 26 — 6 de Fevereiro*. P. 4744–4750.

PAIVA, José Artur, FERNANDES, Antero, GRANJA, Cristina, ESTEVES, Francisco, RIBEIRO, João, NÓBREGA, José Júlio, VAZ, José and COUTINHO, Paula. (2016) Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. *Redes de Referenciação Hospitalar*.

PEJTERSEN, Jan Hyld, KRISTENSEN, Tage Søndergård, BORG, Vilhelm and BJORNER, Jakob Bue. (2010) The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 38, no. SUPPL. 3, p. 8–24. DOI 10.1177/1403494809349858.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares. (2007) *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.

PINHEIRO, A. (1994) Conceito de unidade de cuidados intensivos. *Acta medica portuguesa* [online]. Vol. 7, no. 1, p. 5–7. Available from:

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2822/2210>

PINTO, A., JESUS, E., MENDES, A. and FRONTEIRA, I. (2015) Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*. Vol. 10, no. 2, p. 26–37.

PORTER, S. C., MANZI, S. F., VOLPE, D. and STACK, A. M. (2006) Getting the data right: Information accuracy in pediatric emergency medicine. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 15, no. 4, p. 296–301. DOI 10.1136/qshc.2005.017442.

RANTANEN J. (1995) Avances en salud y seguridad en el trabajo. Como continuarlos de ahora en adelante? *Salud Ocupacional*. Vol. XIII, no. 60.

REDE EUROPEIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO. (2009) A guide to the business case for mental health. [online]. Available from: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/8th_Initiative/MentalHealth_Broschuere_businesscase.pdf

RICHARDS J. (2003) Management of workplace violence victims. In: *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: World Health Organisation. p. 1–40.

RICHARDSON, J. E., MALHOTRA, S. and KAUSHAL, R. (2014) A Case Report in Health Information Exchange for Inter-organizational Patient Transfers. *Applied Clinical Informatics* [online]. Vol. 5, no. 3, p. 642–650. DOI 10.4338/ACI-2014-02-CR-0016. Available from: <http://www.schattauer.de/index.php?id=1214&doi=10.4338/ACI-2014-02-CR-0016>

SAPATINHA, Sandra Cristina Pombeiro. (2018) *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Instituto Politécnico de Portalegre.

SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues, DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz, NOVELLI, Meire Cristina e Castro, SPIRI, Wilza Carla and NUNESI, Hélio Rubens de Carvalho. (2017) Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 70, no. 5, p. 993–999. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0427>.

SHAPIRO, Js, KANNRY, J and KUSHNIRUK, Aw. (2007) Emergency physicians' perceptions of health information exchange. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. P. 700–705. DOI 10.1197/jamia.M2507.Introduction.

SILVA, Carlos, BEM-HAJA, Pedro, AMARAL, Vânia, PEREIRA, Anabela, PEREIRA, Alexandra, PATRONE COTRIM, Teresa, RODRIGUES, Paulo, ALMEIDA, Hugo, SILVÉRIO, Jorge and RODRIGUES, Vitor. (2014) Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSQ: Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa. In: *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: RICOT. p. 347–369. ISBN 978-989-97762-9-6.

SOUSA, Ana Sabrina, FERRITO, Cândida and PAIVA, José Artur. (2017) Intubation-associated pneumonia: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. Vol. 44, p. 45–52. DOI 10.1016/j.iccn.2017.08.003.

STERUD, Tom, EKEBERG, Øivind and HEM, Erlend. (2006) Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Services Research*. Vol. 6, p. 1–10. DOI 10.1186/1472-6963-6-82.

TURNER, Anne M., OSTERHAGE, Katie, LOUGHRAN, Julie, PAINTER, Ian, DEMIRIS, George, HARTZLER, Andrea L. and PHELAN, Elizabeth A. (2018) Emergency information management needs and practices of older adults: A descriptive study. *International Journal of Medical Informatics*. Vol. 111, no. February 2017, p. 149–158. DOI 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.001.

VIEIRA, Margarida. (2017) *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência*. 3ª Edição. Universidade Católica Editora.

VIEIRA, Susana Maria da Cunha. (2018) *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem. Universidade do Minho.

WHO. (1984) *Psychosocial Factors At Work: Recognition and Control* [online]. ISBN 922105411X. Available from:
http://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf

WHO. (1998) WHOQOL and Spirituality , Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). *Social Change and Mental Health Cluster*.

WIECLAW, J., AGERBO, E., MORTENSEN, P. B. and BONDE, J. P. (2006) Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 63, no. 5, p. 314–319. DOI 10.1136/oem.2004.019398.

WINDEN, T. J., BOLAND, L. L., FREY, N. G., SATTERLEE, P. A. and HOKANSON, J. S. (2014) Care Everywhere, a Point-to-Point HIE Tool. *Applied Clinical Informatics* [online]. Vol. 5, no. 2, p. 388–401. DOI 10.4338/ACI-2013-12-RA-0100. Available from:
<http://www.schattauer.de/index.php?id=1214&doi=10.4338/ACI-2013-12-RA-0100>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002a) Quality of care : patient safety. Report by the Secretariat. *Fifty-With world Health Assembly* [online]. No. A55/13, p. 1–6. Available from:
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002b) Quality of care: patient safety. [online]. No. May, p. 2. DOI WHA55.18. Available from:
http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003) Quality of care : patient safety. *World Health Organization*. Vol. 113th Sess, no. Provisional agenda item 8.6 EB113/37, p. 1–6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009) The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. [online]. Vol. 1, no. January, p. 154. DOI WHO/IER/PSP/2010.2. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+Framework+for+the+International+Classification+for+Patient+Safety+Final+Technical+Report#1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011) Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care. *World Health Organization*. P. 1–40.

6. Apêndices

6.1. Apêndice A - Sistemas de Informação: Um projeto de reflexão sobre a prática



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Sistemas de Informação

Um Projeto de reflexão sobre a prática

Realizado por: Hugo Meira nº 396417037

Orientador: Prof.^a Ana Sabrina Sousa

Tutor: Enf.^a Fátima Lobo

Universidade Católica Portuguesa – Porto
Instituto de Ciências da Saúde
Mestrado em Enfermagem / Estágio e Relatório Final
Porto, Outubro, 2018

Siglas

UCP – Universidade Católica Portuguesa

OE – Ordem dos Enfermeiros

SI – Sistemas de Informação

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ICN – International Council of Nurses

Índice

INTRODUÇÃO	4
I. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	6
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1. A COMUNICAÇÃO COMO GARANTE DA QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS	8
2. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	11
3. UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA	16
4. A CIPE E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	24
III. CONCLUSÃO	26
IV. BIBLIOGRAFIA	28

Introdução

Este trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde – Porto, com vista à obtenção dos referidos graus, através da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contacto direto com a prática, neste caso no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Um estágio consiste num período de experiências e possibilidades que permite não só a consolidação de conhecimentos teóricos, como a aquisição e construção de novos saberes e linhas de pensamento (Fernandes, 2007), através de um processo de reflexão contínua (Alarcão, 1996).

No INEM este processo de reflexão é constante, levando-nos a repensar a prática, os cuidados e até mesmo as nossas características pessoais e profissionais.

Este trabalho, apesar de estar inserido numa atividade académica de especialização e de aperfeiçoamento pessoal e profissional, surge num ponto de viragem não só da profissão, face às inúmeras tentativas de valorização e reconhecimento devidos aos Enfermeiros, como da própria instituição, pelos conflitos que se têm vindo verificar entre os Enfermeiros e outra classe de trabalhadores no seio do INEM.

Neste sentido, impera a necessidade de fundamentar as mais valias dos enfermeiros na instituição, estabelecendo os pontos chave em que os cuidados podem ser melhorados, assim como determinar a forma como estes podem ser mais visíveis.

Este trabalho assenta numa reflexão que se foi desenvolvendo ao longo do contexto de estágio, em conjunto com diferentes profissionais da instituição, e tem como objetivos: (1) reconhecer a importância e a necessidade da partilha de informações entre os diferentes sistemas de informação em saúde; (2) perceber a importância e a necessidade do acesso à informação de saúde dos doentes para a melhoria da qualidade dos cuidados das diferentes classes profissionais no INEM; (3) realçar a importância dos sistemas de informação em saúde para a continuidade dos cuidados que são prestados aos doentes; (4) identificar focos de atenção e mudança que potenciem a melhoria dos sistemas de informação utilizados, em prol da segurança, qualidade, continuidade, evolução e valorização da profissão de enfermagem, no contexto do INEM.

Este trabalho encontra-se organizado de modo a dar a conhecer a evolução e o contributo dos sistemas de informação na procura da qualidade, da continuidade e da excelência dos cuidados. Ao longo do texto vão sendo apresentadas questões sobre a prática, propiciando-se momentos de reflexão e justificação da pertinência do tema.

No primeiro capítulo será então clarificada a metodologia utilizada para a pesquisa bibliográfica, seguido da importância da comunicação para qualidade, para os sistemas de informação em saúde, a sua relação com a prática de cuidados e as propostas de melhoria identificadas.

No final deste trabalho serão apresentadas as propostas de melhoria para o campo de estágio.


I. Enquadramento metodológico

Para a consecução dos objetivos deste trabalho, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica em bases de dados eletrónicas B-On, Ebsco, PubMed e RCAAP através dos termos Mesh: Emergency nursing, Information system, Information management, Health information exchange e Health informatics. A pesquisa foi ainda aprofundada a recomendações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da saúde e da Ordem dos Enfermeiros, relacionadas com o tema.

Recorrendo à utilização operadores booleanos “and”, “or”, “not, foi-me possível chegar aos primeiros resultados. Como critérios de inclusão foram considerados: trabalhos publicados desde 2014, correspondentes à área da urgência e emergência extra-hospitalar e que abordassem as implicações, positivas ou negativas, da partilha de informações de saúde, entre serviços e/ou instituições, sendo excluídos todos os outros.

Assim, de um total de 138 artigos, 14 teses e 26 orientações / recomendações nacionais e internacionais, chegou-se a um total de 42 documentos, correspondentes ao que foi efetivamente analisado e contribuiu para a concretização deste trabalho. Os documentos foram selecionados tendo em conta a pertinência e aplicabilidade da informação para este campo de estágio.

De seguida é apresentado o Diagrama Prisma que representa a seleção dos documentos para este estudo.



Identificação	Artigos identificados: B-On, Ebsco, PubMed - 138 RCAAP - 14 Outros - 26
Triagem	Período temporal de 2014 a 2018: B-On, Ebsco, PubMed - 61 RCAAP - 9 Outros - 26
Elegibilidade	Pertinência do tema e resumo: B-On, Ebsco, PubMed - 17 RCAAP - 9 Outros - 26
Incluídos	B-On, Ebsco, PubMed - 10 RCAAP - 7 Outros - 25

Diagrama Prisma

II. Enquadramento Teórico

Este capítulo encontra-se organizado de modo a dar a conhecer a evolução e o contributo dos sistemas de informação na procura da qualidade, da continuidade e da excelência dos cuidados.

Ao longo do texto serão apresentadas questões relacionadas com a prática, propiciando-se momentos de reflexão, com apresentação de potenciais focos de melhoria.

1. A Comunicação como garante da Qualidade e a Segurança dos cuidados

A temática da segurança dos doentes e a procura pela qualidade dos cuidados não é um tema dos dias de hoje. Na realidade tem vindo a ser sujeita a estudo e intervenção ao longo dos anos, sendo que as primeiras referências remontam aos anos 50 do século passado (World Health Organization, 2002a). Ainda assim, foi com a publicação *To err is human: building a safer health system* (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000), em 1999 pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América, que este tema ganhou visibilidade internacional e culminou nas sucessivas medidas de intervenção que temos observado ao longo dos anos (World Health Organization, 2002a).

Foi na *Fifty-Fifth World Health Assembly*, da Organização Mundial de Saúde em 2002, que se concluiu que os cuidados de saúde, para além dos benefícios imediatos que comportam para os doentes, também compreendem riscos e podem ser responsáveis por eventos adversos que culminam em incapacidade ou até mesmo na morte (World Health Organization, 2002a). Neste encontro internacional, foi igualmente admitido, que para além dos encargos financeiros com os eventos adversos serem avultados, estes podem ocorrer em qualquer momento do processo de prestação de cuidados, desde a administração de medicação, à utilização equipamentos médicos, às falhas humanas e até mesmo à falha no sistema e na cultura organizacional. Era necessário que a *Segurança* se assumisse como um principio essencial à prestação de cuidados de qualidade, pelo que foram identificadas três ações complementares para este fim: (1) a prevenção de eventos adversos, através da criação e desenvolvimento de políticas de segurança; (2) a visibilidade dos eventos adversos, através do registo e da divulgação; e, por fim (3) a

redução do seu impacto sobre os doentes, quando ocorressem (World Health Organization, 2002a, 2002b, 2003).

Foi na tentativa de resposta a estes problemas que se criou a *World Alliance for Patient Safety* em 2004 e se desenvolveu a *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* em 2009, emergindo taxonomias e recomendações que acabaram por influenciar as políticas de gestão em saúde, não só, mas também em Portugal (World Health Organization, 2009; Ministério da Saúde, 2004a, 2004b).

A segurança do doente tem-se apresentado como um dos maiores desafios deste século e, hoje em dia, é ao nível do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015) que assume maior relevo. No reconhecimento de que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados é um processo coletivo e que a causa dos mesmos raramente está associada à falta de competência profissional, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes admite no sistema possíveis perturbações de organização, coordenação ou comunicação como estando na origem destes problemas. A cultura de segurança, a partilha de conhecimento, de informação e de ações dirigidas às problemáticas, constituem assim a base das ações transversais do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no sentido da procura pela melhoria dos cuidados em enfermagem.

No que se refere à *Comunicação*, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 não deixa dúvidas ao afirmar ao nível do Objetivo Estratégico 2, que a comunicação é um “ *pilar fundamental para a segurança do doente*” e que se for comprometida pode “*causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente*” (Ministério da Saúde, 2015)

A informação, enquanto conteúdo da comunicação, é reconhecida como um conjunto de dados que devidamente organizados e facilitados, podem conduzir a decisões mais ajustadas por parte do recetor (Sousa, 2006, citado por Vieira, 2018). Por sua vez, é a qualidade dos dados recebidos que potencia a qualidade da informação transmitida (Pereira, 2009, citado por Vieira, 2018).

A promoção da segurança dos doentes através da partilha de informação, tem-se assim assumido como uma necessidade desde o início do século. Já em 1995 um artigo científico realçava que era possível reduzir os erros de segurança em 18% e até 70% os efeitos adversos dos medicamentos (Leape et al, 1995). Para isso era necessário

conhecimento, informação e partilha através sistemas adequados à circulação de informação. (Leape et al, 1995, Kaelber, 2007).

2. Os Sistemas de Informação em Saúde

De encontro à premissa de que a comunicação é um pilar para a segurança dos doentes (Ministério da Saúde, 2015), já no Séc. XIX Florence Nightingale realçava a relevância dos registos para a manutenção da continuidade dos cuidados prestados (Jesus & Sousa, 2011, citado por Vieira, 2018).

Os sistemas de informação (SI) em saúde, enquanto instrumentos de recolha, processamento, armazenamento e transmissão de informação visam o apoio à tomada de decisão, contribuindo não só para o processo de gestão adequado ao nível das organizações de saúde (Benito & Licheski, 2009; Marin, 2010; Cavalcante et al., 2011, citados por Vieira, 2018), mas também para a melhoria da prestação de cuidados pelos profissionais e pelo acesso rápido e eficaz à informação de qualidade (Benito & Licheski, 2009, Jesus e Sousa, 2011, citados por Vieira, 2018).

Cada vez mais os SI assumem uma posição de destaque nas organizações, constituindo recursos valiosos para a gestão dos serviços de saúde (Friedman & Wyatt, 2006, citados por Sapatinha, 2018)

A otimização do fluxo de informação é assim considerada como uma necessidade à prestação de cuidados de excelência, não só pela possibilidade de melhorar os cuidados individuais aos doentes (Sousa, 2006, citado por Vieira, 2018), mas também pelo potencial de acesso a um conjunto de dados que, devidamente interpretados, podem conduzir à emergência de conhecimentos científicos que melhorem as práticas no seu todo (Silva, 2006, citado por Vieira, 2018).

A redução do tempo gasto em questões burocráticas, o aumento da legibilidade e segurança da informação partilhada, a padronização dos registos, a diminuição da duplicação de dados e a melhoria da acessibilidade à informação proporcionados pelos SI, são reconhecidos como fatores de suporte à decisão, contribuindo para a visibilidade dos cuidados (Sousa, 2006; Pinto, 2009; Silvestre 2012; Narciso et al., 2014; Tareco, 2015, citados por Vieira, 2018)(Windén et al, 2014).

Em 2016 procurou-se comparar a fiabilidade da informação transmitida pelas três grandes fontes de informação de saúde: (1) a carta do médico; (2) a informação fornecida pelo doente ou família; e a disponível nos (3) sistemas de informação de saúde. Neste estudo, apesar de se ter observado que a mais informativa era do doente e que a menos informativa era carta médica, concluiu-se que nenhuma era suficientemente fiável para

dar segurança a quem prestava cuidados. Na realidade, era a união de todas as fontes que dava o maior número de dados e possibilitava uma atuação mais adequada. Assim, foi sugerido que a informação de saúde fosse introduzida num sistema que tivesse uma base comum a qualquer instituição, minimizando-se assim as falhas de dados e potenciando-se a atuação em situações mais críticas (Bahous e Shadmi, 2016).

Por sua vez, a problemática da partilha de informação, nos casos de transferência de doentes entre instituições ou serviços, tem vindo a ser associada a aumento de riscos não só para os doentes, mas para as organizações. Nestes casos, a dificuldade em dar continuidade aos cuidados pode comprometer a segurança dos doentes e intensificar a mobilização de recursos / gastos por parte das instituições (Richardson et al, 2014).

No que concerne à enfermagem, a tomada de decisão para a prestação de cuidados está dependente da interpretação e análise dos dados que estão disponíveis no momento, pelo que se torna necessário o acesso a informação de qualidade, de forma rápida e eficiente, de modo a habilitar o profissional de dados que potenciem a sua prática e, assim, a satisfação adequada das necessidades do doente (Marin, 2010; Jesus & Sousa, 2011; Silva, 2016, citados por Vieira, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), de encontro ao que tem sido descrito em parágrafos anteriores, reconhece igualmente o contributo dos SI, não só para a gestão da saúde, mas também para a qualidade das decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Assim, em 2007, debruçando-se sobre o tema, a OE procurou definir os princípios e requisitos técnico-funcionais que deviam ser considerados na construção dos SI utilizados pelos enfermeiros, enunciando entre outros fatores: (1) a necessidade utilização de uma linguagem classificada, comum, com possibilidade de articulação com a linguagem natural, assim como a possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados (colhendo-se e mantendo-se os dados atualizados), de modo a permitir uma constante reflexão sobre a ação e potenciar a evolução; (2) a capacidade de determinação das necessidades em cuidados dos doentes, permitindo o cálculo da carga de trabalho dos profissionais; assim como (3) a possibilidade de partilha de informação clínica interinstitucional (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

“Ao apostar na informatização e intercomunicabilidade dos SIE, pretende-se viabilizar uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas

tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço ao cidadão. Estas estratégias representam avanços significativos na aplicação das tecnologias da informação à prática clínica. O impacto das novas tecnologias na área da saúde constitui, hoje em dia, um instrumento privilegiado e cada vez mais fundamental, para uma melhor prestação dos cuidados de saúde, permitindo um mais rápido e selectivo acesso à informação, no contexto da relação enfermeiro-utente” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.6).

Apesar das indicações não deixarem dúvidas quanto à pertinência da comunicação, da informação e da partilha através dos SI, em prol da qualidade e da continuidade dos cuidados e apesar do logo caminho percorrido, é consensual que muito ainda falta fazer. Já em 2009, a Administração Central do Sistema de Saúde classificou como *incompreensíveis e anómalos* os casos em que se verifica ausência de informação de saúde no local em que é necessária, afirmando que *“informação de saúde relevante de qualquer utente deve estar acessível, de forma controlada, ao profissional de saúde que lhe presta um qualquer serviço, independentemente do local, da origem e da prestação”* (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009, p.6), tornando-se emergente a criação de SI que fossem transversais a todos os agentes e entidades do sistema de saúde.

A procura por um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que tivesse por objetivos não só (1) a partilha de informação de saúde, mas também (2) o acompanhamento virtual do cidadão, e ainda que conduzir a benefícios acrescidos de (1) melhoria do acesso dos cidadãos aos serviços, de (2) redução dos erros decorrentes da falta de informação no momento da prestação de cuidados, de (3) redução do tempo necessário à disponibilização de informação clínica e de (4) redução dos custos pela duplicação de esforços e recursos, tem-se mostrado como meta a atingir, ainda que de difícil concretização (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009).

Diversos foram os desafios que se apresentaram na altura à concretização deste fim, desde a (1) garantia de interoperabilidade dos diferentes SI das entidades prestadoras de cuidados (públicas ou privadas) com o RSE, (2) a garantia de segurança em todas as fases do registo, consulta, transmissão e armazenamento de dados no RSE, (3) a promoção da participação dos SI das diferentes instituições como fornecedores e consumidores de conteúdos ao RSE, (4) o estabelecimento das normas, procedimentos e enquadramento jurídico e regulamentar que permitam ao utente o consentimento informado para acesso aos seus dados nos diferentes contextos (cuidados primários, diferenciados, continuados, emergência, etc.), assim como (5) a promoção e estimulação da adoção do RSE por parte de todos os interessados, atendendo às dificuldades e

obstáculos que um processo de mudança pode ocasionar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009).

Atendendo à forte componente pública do Sistema de Saúde Português e à necessidade de uma gestão mais eficiente e sustentável, na tentativa de dar mais valor aos recursos existentes, foi criado por Decreto-Lei em 2010, um serviço de gestão partilhada que tinha por objetivos, não só controlar os custos mas também criar sinergias, aumentar a produtividade, melhorar a qualidade do serviço prestado, assim como a qualidade e celeridade da informação de gestão produzida. Através da criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), deixou de pender sobre o Estado a responsabilidade de fornecimento de serviços às diferentes instituições, potenciando-se o ritmo de implementação das reformas necessárias à área da saúde. Esta organização é criada assim com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com a finalidade de prestação de serviços em matéria de compras e logística, de serviços financeiros e de recursos humanos, em moldes empresariais, cuja área de intervenção se destina aos *“estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua natureza jurídica, bem como aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde e a quaisquer outras entidades, quando executem actividades específicas da área da saúde”* (Ministério da Saúde, 2010, p.900). Deste 2011, o SPMS passou a ter responsabilidades sobre os sistemas e tecnologias de informação e comunicação, ficando responsável pelo desenvolvimento, manutenção e operação de vários sistemas integrados de informação de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Diversos foram os sistemas criados pela SPMS, sendo o SClínico um dos mais conhecidos e o mais utilizado pelos profissionais de saúde. Centrado no doente e possibilitando o acesso à informação, à utilização e à partilha de informação entre os diferentes grupos profissionais à escala nacional, o SClínico tem crescido por ser uma aplicação única, disponível em 50 entidades do setor da saúde e utilizada por mais de 66000 profissionais. Respondendo às necessidades de disponibilização, integração, partilha e até mesmo de investigação, através de indicadores (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009), o SClínico é um exemplo de sistema que torna a *“atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente”* (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE, 2018).

A última norma emanada pelo ministério da saúde acerca do tema, defende a técnica ISBAR como auxiliar de memória para que seja possibilitada uma comunicação eficaz nos processos de transição dos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017).

Correspondendo a (I) identificação, (S) situação atual, (B) antecedentes, (A) avaliação e (R) recomendações, esta mnemónica foi desenvolvida pelo reconhecimento: (1) da necessidade de aumento da segurança da comunicação, pelas orientações do Plano Nacional de Segurança de Doentes 2015-2020; (2) da influência sobre a segurança do doente, uma vez que um processo de transição eficaz conduz à redução ods eventos adversos e da mortalidade; (3) da exigência que é necessária ao momento de transição de cuidados; (4) da importância de não comprometer a continuidade dos cuidados e o tratamento adequado; (5) da necessidade de implementação de uma ferramenta que promova a uniformização dos processos e minimize as lacunas que comprometem os cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017).

3. Uma reflexão sobre a prática

No que se refere à enfermagem é comumente aceite que os enfermeiros são os profissionais que mais utilizam os sistemas de informação, havendo mesmo estudos que demonstram que estes profissionais atribuem elevada importância aos registos, nomeadamente, nas suas vertentes de suporte à gestão, à prática clínica e ao valor ético/legal (Vieira, 2018; Pereira, 2007; Leite, 2016; Lobo, 2015).

Em contextos específicos, como é o caso da urgência e da emergência, a falta de homogeneidade da população propicia o desenvolvimento de práticas gerais e especializadas. Nestes casos, sem desprestígio de outros, a partilha de informação é uma necessidade importante (Shapiro, 2007), sendo os registos são um garante de segurança, de continuidade e ainda de qualidade de cuidados ao doente e à família (Sapatinha, 2018).

Pela análise dos planos e relatórios anuais disponibilizados pelo INEM, a preocupação com a qualidade dos SI constituiu um importante foco de atenção ao longo dos anos. Nestes documentos, por diversas vezes foi realçada a necessidade de “*criar as condições para que os diversos sistemas de informação permitam a Interoperabilidade entre sistemas e a monitorização e avaliação, através da recolha de dados que permitam melhorias na gestão do Serviço e consequentemente na missão do Organismo*”, e desse modo melhorar a qualidade de informação, sistematizar indicadores, eliminar duplicações de informação e criar um circuito de divulgação (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012, p.21).

Ainda assim, apesar dos diversos avanços e melhorias, tive oportunidade de me aperceber, não só enquanto utilizador do SI em contexto de estágio, mas através de discussões que se foram criando nos diferentes locais, que muitas vezes os profissionais sentem necessidade de mais informação, com o objetivo de fazer mais e melhor.

Por diversas vezes, nas ativações, quer por motivos de falta de um acompanhante informado ou mesmo de colaboração de por parte do doente (quando o mesmo é encontrado sozinho), foi sentida a necessidade de se perceber se determinados sintomas/sinais eram mesmo indicativos de uma situação aguda ou se já seriam uma sequela de uma situação passada/crónica, com a qual o doente já vive.

Na falta de um cuidador, de algum familiar que conheça o histórico do doente ou mesmo por depressão do estado de consciência do doente que nos possa facultar

determinados dados, torna-se difícil interpretar sinais e sintomas e decidir tendo em conta o maior interesse do mesmo.

Neste ponto, a bibliografia continua a reforçar a necessidade de que sejam criados SI rápidos e de fácil acesso, de modo a permitir uma prestação de cuidados adequada e congruente com as vontades dos doentes.

Assim, a informação clínica relevante, como é o caso dos problemas médicos ativos, dos antecedentes, da medicação, das alergias e até mesmo as diretivas antecipadas de vontade, constituem alguns dos pontos chave que podem promover a qualidade e a humanização dos cuidados que são prestados pelos profissionais (Turner et al, 2018; Porter et al, 2006). Atualmente, os profissionais do INEM contam com a ajuda de um sistema informático - iCARE® – que, permitindo a articulação dos meios do terreno com o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) e as Unidades de Saúde, possibilita a transferência de informações acerca dos eventos, melhorando a qualidade e os tempos de resposta (Sebe, 2017).

Do CODU, é então enviada a informação acerca dos eventos que foram triados para o iCare® que está na posse dos meios que foram ativados, com a informação do sexo, idade, queixas e localização da vítima. No local, caso seja possível, os profissionais recolhem a informação pessoal do doente no que se refere a número de utente/nome, para além da informação relativa à queixa, antecedentes pessoais, alergias e medicação habitual.

Neste ponto, é importante referenciar que, caso o INEM já tenha sido ativado para aquele doente nos últimos 6 meses, o sistema (pelo número do utente que é inserido) reconhece a identificação do mesmo e permite o acesso a um histórico que contempla toda a informação recolhida em ativações anteriores. Caso contrário, os profissionais dependem da ajuda dos conviventes significativos ou até mesmo do doente, para poderem aprofundar, perceber e planear da melhor forma a atuação.

Durante este contexto de estágio, tive oportunidade de me aperceber que os profissionais estão demasiado dependentes daquilo que lhes é transmitido pelos amigos, familiares da vítima e até mesmo dos próprios doentes, necessitando muitas vezes de informações mais aprofundadas para poderem interpretar adequadamente resultados (como é o caso das anomalias detetadas num Electrocardiograma que podem ser agudas ou corresponder a lesões crónicas) e decidir acerca da relevância da valorização de um determinado sinal.

A meu ver, não se trata de substituir o SI em uso, mas promover a sua complementação com dados que estão disponíveis em sistemas de saúde públicos e que poderiam ser uma mais valia para a prestação de cuidados.

Estudos recentes que procuraram avaliar o processo de mudança de SI em instituições de saúde, tendo em conta a perceção dos profissionais, constataram que, o processo não é fácil, por condicionantes que podem estar relacionadas com o défice de liderança institucional, a desadequação da formação, os recursos humanos insuficientes, as questões motivacionais ou até mesmo decorrentes do aumento da complexidade do raciocínio clínico (Vieira, 2018; Machado, 2013; Lobo, 2015).

Em 2014 foi desenvolvido um estudo que procurou perceber qual a opinião dos profissionais que usavam de sistemas de informação partilhada à alguns anos num serviço de emergência. Efetivamente os resultados não se mostraram favoráveis ao ter sido demonstrado que o sistema em uso, para além de não era amigável, afetava negativamente o ritmo de trabalho. Neste caso, apesar de considerarem a ideia do sistema importante, pela contribuição para a melhoria dos cuidados, referiram que não atingia os objetivos pelas várias falhas de informação, assim como pela dificuldade de uso. A estratégia encontrada para se ultrapassar essas condicionantes culminou na necessidade de se considerar a opinião dos utilizadores na construção e adequação dos sistemas (Thorn et al, 2014).

Assim, é necessário que sejam desenvolvidos/utilizados SI rápidos e intuitivos, que evitem a duplicação de dados, que sejam sensíveis a uma diversidade de contextos e que se adaptem aos utilizadores (Vieira, 2018; Thorn et al, 2014)

Para além da qualidade e da continuidade que se assegura é ainda necessário que os SI realcem a visibilidade dos cuidados (Sapatinha, 2018). É preciso “*melhorar a qualidade dos registos efetuados, uniformizando e sistematizando os padrões de documentação, sem diminuir a sensibilidade descritiva da realidade clínica específica de cada utente*” (Vieira, 2018, p.105), de modo que a informação não só seja promotora da adequação das políticas de gestão, como inspire à produção de conhecimento.

Neste ponto, faz-me sentido recordar uma ativação por uma hipoglicemia de uma vítima que já era diabética há mais de 20 anos, sendo seguida em consultas de acompanhamento em diversas unidades de saúde. Nesta saída, em particular, recordo-me que após termos atuado conforme os protocolos e revertido a situação, de se ter avaliado os conhecimentos acerca da diabetes, da terapêutica e da gestão de sinais e sintomas decorrentes da doença. A intervenção acabou por envolver igualmente os familiares que

estavam presentes (os filhos) no sentido de alertar para a necessidade de vigilância, reconhecimento precoce de situações problema e respetivas medidas de intervenção.

No meu ponto de vista, se um doente tem um antecedente antigo e se ele nos diz que é seguido em consulta é porque tudo isto já foi explorado, ensinado e avaliado. Certamente, nas unidades em que o doente é acompanhado, já existem diagnósticos médicos e de enfermagem identificados, com intervenções associadas, de modo a garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados. Mas, enquanto equipa de emergência, a prestar auxílio aquele doente, que dados dispomos para avaliar se esse acompanhamento está a ser feito? Que certezas temos acerca do encaminhamento da situação do doente? No iCare®, garantidamente ficou registada a situação e os ensinamentos, mas de que serve essa informação se no final não vai chegar à equipa que realmente acompanha aquele doente?

No âmbito da minha experiência, enquanto Enfermeiro desde 2008, e enquanto estudante para obtenção do grau de Mestre e Especialista, tenho de admitir que a atuação dos colegas foi exemplar e valorizou a profissão, uma vez que: (1) tendo em conta o REPE, foi cumprido o desígnio fundamental de cuidar, através dos cuidados de enfermagem, de modo a que o doente mantivesse, melhorasse ou recuperasse a sua condição de saúde, tendo-se igualmente incluído a família, enquanto grupo social em que o mesmo se insere (Ordem dos Enfermeiros, 2015a); (2) tendo em conta os Padrões de Qualidade, foram considerados no planeamento e na execução dos cuidados a situação de Saúde da pessoa, a Pessoa, enquanto alvo de cuidados, o Ambiente, enquanto contexto em que se insere, assim como os Cuidados de Enfermagem adaptados ao mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2001); e (3) tendo em conta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro procurou cuidar “*da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica*”, assim como otimizar “*o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste ponto, a minha atenção pende sobre a relação entre a Segurança, a Qualidade e Continuidade dos cuidados, tão necessária e defendida a nível ético-legal.

Em termos legais, é sabido que a Constituição da República Portuguesa, ao nível do artigo 64º, consagra o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde (Assembleia da República, 2005). Este requisito é por sua vez operacionalizado ao nível da (1) Base I, da Lei de Bases da Saúde, quando se reconhece que a proteção de saúde é um direito

dos indivíduos que deve ser promovido e garantido pelo Estado; (2) da Base XII, quando é referido que esse direito é garantido por um sistema de saúde, do qual fazem parte instituições públicas, privadas e profissionais liberais; (3) da Base ao XIII, quando se enuncia que deve haver uma articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, garantindo-se a todo o momento a confidencialidade da informação clínica dos utentes; (4) e, por fim, da Base XIV, quando se enuncia que os utentes têm direito a ser tratados, pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (Assembleia da República, 1990).

Já nos termos da Deontologia Profissional, no sentido de assegurar esse direito ao cuidado contínuo, humana e tecnicamente correto, entre os “*vários níveis de cuidado*” de quaisquer instituições, desde que prestadoras de cuidados de saúde, e ainda no reconhecimento e na defesa da pessoa, enquanto sujeito moral detentor de uma dignidade absoluta que consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia, os enfermeiros devem basear a sua prática em princípios de responsabilidade, respeito e excelência. Esta meta objetiva-se no Código Deontológico dos Enfermeiros como forma de dever de, por exemplo: (1) respeitar o direito ao cuidado do doente, assegurando a continuidade dos cuidados (Artigo 83º); (2) de respeitar o direito ao sigilo, partilhando a informação apenas com quem esteja implicado no processo terapêutico (Artigo 85º); (3) de promover a excelência do exercício, procurando adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas dos doentes (Artigo 88º); e, por fim, (4) o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Assim, fazendo ainda referência à alínea c) do nº 2 do Artigo 65º da Deontologia profissional, o qual refere que os enfermeiros têm o direito de “*usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), não será legítimo que estes profissionais, em comparação com os de outras instituições públicas, usufruam de igual oportunidade de acesso a um maior número de dados que lhes permita realizar melhores cuidados? Será que os estes enfermeiros não têm o direito de poder dar o seu contributo na continuidade dos cuidados, de uma forma mais visível e quantificável, de modo a poderem fazer parte de um todo que, através de uma linguagem uniformizada, contribui com dados para a investigação, produção de conhecimento e melhoria das práticas? Será que o acesso à informação acerca do “desfecho” da situação de emergência em que cada um atuou não poderia potenciar uma reflexão individual ou coletiva sobre

as práticas, ou levar ao questionamento dos protocolos de atuação e possivelmente conduzir à melhoria dos cuidados prestados e à evolução? Para finalizar... será que o sentimento de dever cumprido, pela constatação dos *outcomes* do internamento do doente, não promoveria o aumento dos níveis de satisfação e motivação pessoal e profissional para fazer mais e melhor?

Dizem os peritos que é desta forma que se potencia o crescimento da teoria que alicerça a prática clínica, permitindo a evolução contínua que melhora a prática de cuidados (Vieira, 2018; Pereira, 2007; Machado, 2013).

Ainda na sequência do tema, um fator que considero igualmente importante diz respeito às infeções e à informação, sobre a forma de alertas, que os profissionais têm acesso nos serviços de urgência das unidades hospitalares e que seria proveitoso para os profissionais do INEM.

Nestas realidades, sempre que um doente chega à triagem de um serviço de urgência, na sequência de diagnósticos prévios de colonização ou mesmo pela possibilidade de infeção cruzada, o SI cria um alerta que desperta o profissional, não só para a necessidade de se proteger, mas também de o alocar a áreas específicas dos serviços de urgência, assim como limitar as deslocações desnecessárias.

Pelo que me fui apercebendo ao longo do estágio, só se reconhece a colonização ou a infeção por organismos multirresistentes ou de fácil transmissão, apenas quando o doente dá entrada na unidade hospitalar. Até então, toda a abordagem por parte dos profissionais do INEM é feita com equipamentos básicos de proteção individual, adaptados à condição do doente que é passível de ser avaliada e à informação fornecida pelo mesmo ou por terceiros.

Com experiência de trabalho num ambiente de cuidados intensivos, indubitavelmente mais controlado que um contexto de emergência extra-hospitalar, apercebi-me em diversos momentos que questões relacionadas com o ambiente trabalho, como a pressão do tempo, o número de doentes e a consequente carga de trabalho, predispõem os profissionais a riscos (pessoais e de terceiros), comprometendo a qualidade dos cuidados prestados. Destes riscos para terceiros, foi distinguida a temática do controlo da infeção como um igualmente importante foco de interesse neste estágio pela pertinência do tema a nível nacional e internacional.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), consideradas um problema de saúde pública à escala internacional pela Organização Mundial de Saúde, têm sido responsáveis pelo aumento da morbilidade e mortalidade, com consequente

aumento de custos para os cidadãos e para os sistemas de saúde (Direção Geral de Saúde, 2017).

O Relatório de Primavera 2018, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), considera diversos fatores justificativos da magnitude deste problema: (1) hospedeiros mais suscetíveis, tendo em conta a idade ou doenças associadas; (2) aumento de agentes multirresistentes; (3) aumento da complexidade dos cuidados, através de técnicas cada vez mais invasivas; (4) infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais dificultadores de uma prestação de cuidados adequada; e (5) a cada vez maior mobilização de doentes entre unidades de prestação de cuidados (OPSS, 2018).

A relação direta das IACS com o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, pelo consumo pouco criterioso destes fármacos ao longo dos anos, tem propiciado o desenvolvimento e a divulgação de estratégias, programas e intervenções, que assentam em três pilares fundamentais: (1) redução de infeções através da promoção de boas práticas baseadas nas Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI); (2) redução do consumo de antibióticos, através da implementação de programas de apoio à prescrição de antibióticos; e (3) vigilância das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (Direção Geral de Saúde, 2017; OPSS, 2018).

Assim, em 2012, no sentido de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, a Direção Geral de Saúde (DGS) instituiu uma norma relativa às PBCI, com vista a ser implementada em todas as instituições de prestação de cuidados. Esta é composta por dez itens fundamentais para a prevenção e controlo da infeção: (1) a colocação de doentes, (2) a higiene das mãos, (3) a etiqueta respiratória, (4) a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), (5) as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, (6) a descontaminação do equipamento clínico, (7) o controlo ambiental, (8) o manuseamento seguro da roupa, (9) a recolha segura de resíduos e (10) a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção Geral de Saúde, 2012).

Claro está que, pelas contingências da atividade, o cumprimento criterioso em contexto de rua torna-se difícil, acrescentando o facto de não se conhecer as particularidades dos doentes que se está a tratar.

Neste sentido, em prol da partilha de informação e da continuidade dos cuidados, os SI poderiam incluir um alerta semelhante ao do sistema hospitalar, de modo a que os profissionais pudessem tomar consciência e atuar em conformidade na sua proteção e na dos outros doentes.

Eventualmente, nos casos de transporte de doentes portadores de organismos multirresistentes e de fácil transmissão, os profissionais poderiam ser alertados e adequar as medidas de proteção, procedendo igualmente à adequada desinfecção dos componentes da ambulância, como forma de prevenir a infecção cruzada.

4. A CIPE e os Sistemas de Informação

A necessidade de produzir e documentar dados de saúde, resultantes da prática de enfermagem, tem-se mostrado um desafio ao longo dos anos. Num período de cada vez maior agitação política e económica, em que as tecnologias de informação estão cada vez mais disponíveis, importa repensar o modo de desenvolvimento dos SI, de forma a satisfazerem as necessidades e auxiliarem os processos de decisão. (Paese, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A informação cada vez mais tem-se assumido como uma necessidade importante para todos os integrantes do processo de saúde, desde os cidadãos, aos profissionais e até mesmo aos órgãos de gestão. Hoje em dia, os cidadãos querem estar mais envolvidos, os profissionais precisam que a informação clínica esteja disponível na hora e lugar certos, e os administradores necessitam de dados para definir políticas e programas, aferindo a qualidade dos cuidados prestados (Paese, 2018)

A CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) foi concebida pelo ICN (International Council of Nurses) no reconhecimento de que a exposição clara da prática era essencial para a profissão. Com o intuito de ser integrada em tecnologias de suporte, foi desenvolvida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados à escala mundial, através do apoio direto às práticas e às políticas de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Num período em que a segurança e a qualidade assumem especial relevo na saúde, os contributos de uma linguagem padronizada constituem que não só uma mais valia pelo potencial de visibilidade das práticas, como de proteção dos profissionais e dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O contributo dos enunciados, quer sejam relativos a diagnósticos, intervenções ou resultados, tem vantagens para os profissionais como para as próprias organizações (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A facilidade de comunicação entre os enfermeiros e até mesmo com outros profissionais de saúde ou responsáveis de decisão política, constituem vantagens da utilização desta linguagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A documentação dos dados possibilita ainda a nível organizacional, o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, as previsões financeiras, a análise dos resultados

dos doentes, assim como o desenvolvimento de políticas de gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Importa ainda realçar que os enunciados disponibilizados pela CIPE são flexíveis podendo ser alterados ou aperfeiçoados pelos utilizadores. É num processo de simbiose, de partilha e flexibilidade, que se facilita a melhoria contínua à escala global (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

III. Conclusão

Numa era em que os sistemas de informação dominam o nosso quotidiano, é importante refletir acerca do modo como podemos potenciar o seu uso.

A expressão “dar valor” tornou-se a linha condutora deste trabalho, uma vez que a mudança foi preterida em favor do acréscimo e da melhoria pela qualidade.

Ao longo deste trabalho, penso ter conseguido realçar a importância de um instrumento de suporte que tanta falta faz na prática, como penso ter conseguido apresentar potenciais melhorias, em função do que efetivamente já existe e está disponível no sistema de saúde público.

Chego ao final deste processo de pesquisa e reflexão com a convicção de que são necessários sistemas informáticos que possibilitem um acesso rápido e eficaz a informação pertinente, que acrescentem valor ao que se sabe e ao que se faz, que tenham a possibilidade de partilhar as informações entre os diferentes contextos, promovendo a continuidade e evitando a duplicação de esforços, contribuindo para a potenciação da teoria e da prática, através da investigação.

Claro que a utilização de uma linguagem padronizada nestes contextos de trabalho, como é o exemplo da CIPE, vai contribuir bastante para dar visibilidade aos cuidados e tornar os enfermeiros do INEM como parte de um todo que contribui com dados para a investigação.

É através do envolvimento na criação e desenvolvimento de diagnósticos e intervenções, na delimitação de focos de atenção e de atitudes terapêuticas, que se pode não só dar continuidade aos cuidados, como conhecer da melhor forma a realidade da intervenção dos profissionais na instituição, comparar a sua atuação a nível internacional e adequar a evolução em função das necessidades.

Ainda assim, acredito que este processo tenha de se fazer por passos e que numa primeira fase seja primordial criar uma ponte entre a informação de saúde disponível nos sistemas do SPMS (como é o caso do SClínico®) com o iCare®, de modo a facultar dados que são essenciais à atuação dos profissionais.

Neste sentido e sob a forma de proposta de intervenção, importa realçar a necessidade do sistema em uso ter acesso aos seguintes dados:

- Problemas médicos ativos;
- Antecedentes pessoais;

- Medicação;
- Alergias;
- Exames auxiliares de diagnóstico relevantes;
- Diretivas antecipadas de vontade.

Criado o caminho que suporta a prestação de cuidados pela generalidade das classes profissionais do INEM, tornar-se-á mais fácil que os profissionais interajam com o sistema, atualizem dados e deixem indicações para promover a continuidade dos cuidados.

No que se refere especificamente à Enfermagem, é com essa possibilidade de interação com o sistema que se poderá adotar a linguagem comum que não só vai dar continuidade aos cuidados, como vai dar visibilidade à profissão pelo desenvolvimento e utilização de indicadores nacionais e internacionais.

A consecução destas propostas poderá beneficiar ainda da criação de um grupo de trabalho interno que tenha liberdade para decidir e negociar com as instituições públicas competentes.

Em modo de conclusão importa referir que este processo de pesquisa não foi fácil pela escassez de estudos científicos que pudessem responder às minhas questões na área da emergência extra-hospitalar. Ainda assim, penso ter conseguido ultrapassar essa situação pela procura de informação relevante, não só em trabalhos académicos, mas também em orientações nacionais e internacionais.

Termino este processo de pesquisa e reflexão mais rico pessoal e profissionalmente, não só por aquilo que aprendi e desenvolvi, mas também pelo contributo para um processo de melhoria das práticas que posso ter iniciado.

IV. Bibliografia

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. (2009) RSE – Registo de Saúde Electrónico. Documento de Estado da Arte. . P. 1–137.

ALARCÃO, I. (1996) *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. (1990) *Lei nº 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde*. ISBN 9788578110796.

ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. (2005) Constituição da República Portuguesa. [online]. P. 91. DOI 10.1017/CBO9781107415324.004. Available from: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

CHACOUR BAHOUS, Marta and SHADMI, Efrat. (2016) Health information exchange and information gaps in referrals to a pediatric emergency department. *International Journal of Medical Informatics* [online]. Vol. 87, p. 68–74. DOI 10.1016/j.ijmedinf.2015.12.011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.12.011>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2017) *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde*.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2012) Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). . P. 1–26.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2017) Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. . Vol. 8, p. 24.

FERNANDES, O. (2007) *Entre a Teoria e a Experiência - Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no Hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2012) Plano de Atividades. [online]. P. 1–100. Available from:

<https://www.inem.pt/category/transparencia/instrumentos-de-gestao/>

KAELBER, David C. and BATES, David W. (2007) Health information exchange and patient safety. *Journal of Biomedical Informatics*. Vol. 40, no. 6 SUPPL., p. 40–45. DOI 10.1016/j.jbi.2007.08.011.

KOHN, Linda T, CORRIGAN, Janet M and DONALDSON, Molla S. (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington, D.C.: National Academies Press. ISBN 978-0-309-26174-6. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>

LEAPE, Lucian L., BATES, David W., CULLEN, David J., COOPER, Jeffrey, DEMONACO, Harold J., GALLIVAN, Theresa, HALLISEY, Robert, IVES, Jeanette, LAIRD, Nan, LAFFEL, Glenn, NEMESKAL, Roberta, PETERSEN, Laura A., PORTER, Kathy, SERVI, Deborah, SHEA, Brian F., SMALL, Stephen D., SWEITZER, Bobbie J., THOMPSON, B. Taylor and VANDER VLIET, Martha. (1995) Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. Vol. 274, no. 1, p. 35–43. DOI 10.1001/jama.1995.03530010049034.

LEITE, Francisco Guilherme de Magalhães Peres Pinto. (2016) *Sistemas de Informação em Enfermagem: Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional do enfermeiros num departamento de medicina* [online]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Available from:

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12878/1/SIE_Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num departamento de medicina_Francisco Leite.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12878/1/SIE_Contributos%20para%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20painel%20de%20indicadores%20do%20exer%C3%A7%C3%ADcio%20profissional%20dos%20enfermeiros%20num%20departamento%20de%20medicina_Francisco%20Leite.pdf)

LOBO, Maria Susana Neves Esteves Ribeiro. (2015) *Sistemas de Informação em Enfermagem: na perspectiva dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MACHADO, Natália de Jesus Barbosa. (2013) *Gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004a) Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010. [online]. P. 18. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004b) Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. *Direcção-Geral da Saúde*. Vol. 2. DOI <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2010) *Decreto-Lei n.º 19/2010 de 22 de Março*. *Diário da República 1ª Série n.º 56* [online]. Available from: <https://dre.pt/application/file/a/611259>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011) *Decreto-Lei n.º 108/2011 de 17 de Novembro*. *Diário da República 1ª Série n.º 221*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015) *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* [online]. Portugal. Despacho n.º 1400-A/2015. ISBN 2611036357. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>

OPSS. (2018) Relatório de Primavera 2018 do OPSS - Meio Caminho Andado. [online]. No. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>, p. 188. Available from: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual dos enunciados descritivos. . No. Dezembro, p. 1–24.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007) Sistema de Informação de Enfermagem: Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. [online]. P. 1–8. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009) *LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE CATÁLOGOS CIPE®*. ISBN 978-989-96021-6-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015a) *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro)*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015b) *Deontologia Profissional de Enfermagem*. ISBN 9789898444301.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. *Diário da República, 2ª série - Nº135*. P. 11.

PAESE, Fernanda, SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal and COLLA, Gabriela Winter. (2018) Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. Vol. 71, no. 3, p. 1079–1084. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0619. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301079&lng=en&tlng=en

PEREIRA, Filipe Miguel Soares. (2007) *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

PORTER, S. C., MANZI, S. F., VOLPE, D. and STACK, A. M. (2006) Getting the data right: Information accuracy in pediatric emergency medicine. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 15, no. 4, p. 296–301. DOI 10.1136/qshc.2005.017442.

RICHARDSON, J. E., MALHOTRA, S. and KAUSHAL, R. (2014) A Case Report in Health Information Exchange for Inter-organizational Patient Transfers. *Applied Clinical*

Informatics [online]. Vol. 5, no. 3, p. 642–650. DOI 10.4338/ACI-2014-02-CR-0016. Available from: <http://www.schattauer.de/index.php?id=1214&doi=10.4338/ACI-2014-02-CR-0016>

SAPATINHA, Sandra Cristina Pombeiro. (2018) *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Instituto Politécnico de Portalegre.

SEBE, Diogo Brás de Resende. (2017) *Sistema de Informação em Emergência Médica*. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EPE. (2018) SCLinico Hospitalar. .

SHAPIRO, Js, KANNRY, J and KUSHNIRUK, Aw. (2007) Emergency physicians' perceptions of health information exchange. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. P. 700–705. DOI 10.1197/jamia.M2507.Introduction.

THORN, Shirley A., CARTER, Michael A. and BAILEY, James E. (2014) Emergency physicians' perspectives on their use of health information exchange. *Annals of Emergency Medicine* [online]. Vol. 63, no. 3, p. 329–337. DOI 10.1016/j.annemergmed.2013.09.024. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.024>

TURNER, Anne M., OSTERHAGE, Katie, LOUGHRAN, Julie, PAINTER, Ian, DEMIRIS, George, HARTZLER, Andrea L. and PHELAN, Elizabeth A. (2018) Emergency information management needs and practices of older adults: A descriptive study. *International Journal of Medical Informatics* [online]. Vol. 111, no. February 2017, p. 149–158. DOI 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.001.

VIEIRA, Susana Maria da Cunha. (2018) *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem. Universidade do Minho.

WINDEN, T. J., BOLAND, L. L., FREY, N. G., SATTERLEE, P. A. and HOKANSON, J. S. (2014) Care Everywhere, a Point-to-Point HIE Tool. *Applied Clinical Informatics* [online]. Vol. 5, no. 2, p. 388–401. DOI 10.4338/ACI-2013-12-RA-0100. Available from: <http://www.schattauer.de/index.php?id=1214&doi=10.4338/ACI-2013-12-RA-0100>


WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002a) Quality of care : patient safety. Report by the Secretariat. *Fifty-With world Health Assembly* [online]. No. A55/13, p. 1–6. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002b) Quality of care: patient safety. [online]. No. May, p. 2. DOI WHA55.18. Available from: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf


WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003) Quality of care : patient safety. *World Health Organization*. Vol. 113th Sess, no. Provisional agenda item 8.6 EB113/37, p. 1–6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009) The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. Available at: <http://www.who.int/patientsafety/> ... [online]. Vol. 1, no. January, p. 154. DOI WHO/IER/PSP/2010.2.

6.2. Apêndice B - Sistemas de Informação (apresentação ao INEM em 5/11/2018)



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VISEU




Sistemas de Informação

Um projeto de reflexão sobre a prática

Realizado por: Hugo Meira nº 396417037
Orientador: Prof.ª Ana Sabrina Sousa
Tutor: En.ª Fátima Lobo

5 de Novembro, 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VISEU


Objetivos

Reconhecer a importância e a necessidade da partilha de informações entre os diferentes sistemas de informação em saúde;

Perceber a importância e a necessidade do acesso à informação de saúde dos doentes para a melhoria da qualidade dos cuidados das diferentes classes profissionais no INEM;

Realçar a importância dos sistemas de informação em saúde para a continuidade dos cuidados que são prestados aos doentes;

Identificar focos de atenção e mudança que potenciem a melhoria dos sistemas de informação utilizados, em prol da segurança, qualidade, continuidade, evolução e valorização da profissão de enfermagem, no contexto do INEM.



2



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VEISEU

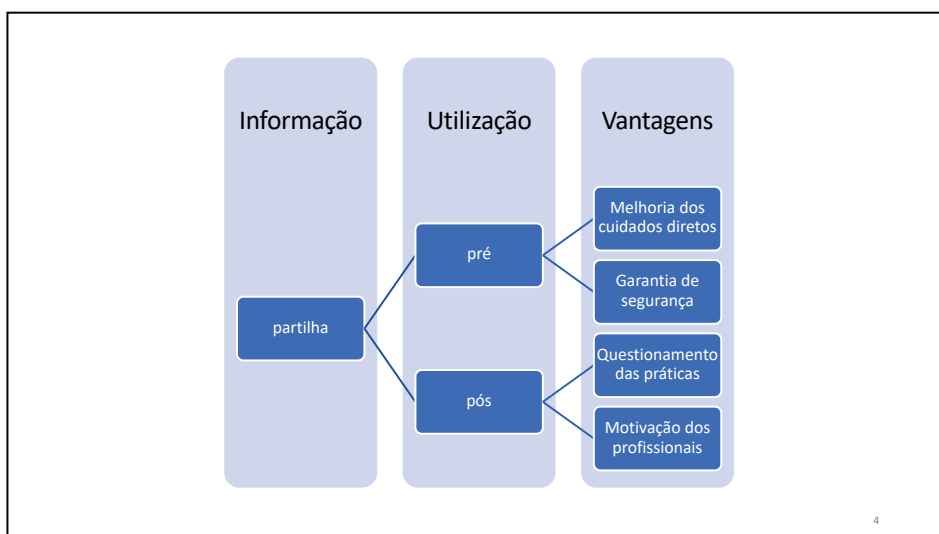
Factos

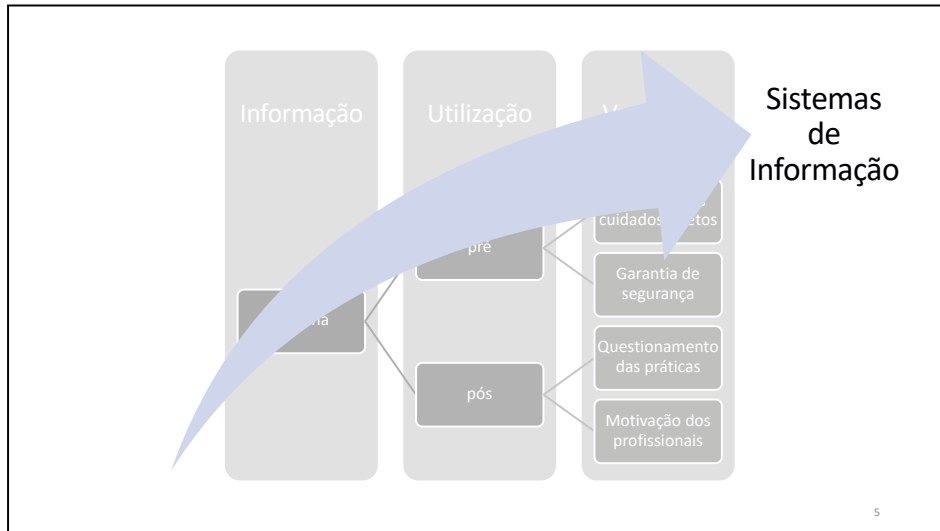
"não é funcional, prático e leva muito tempo a usar..."

"desconheço a historia do doente..."

"como ficou o doente? Já teve alta?"

3

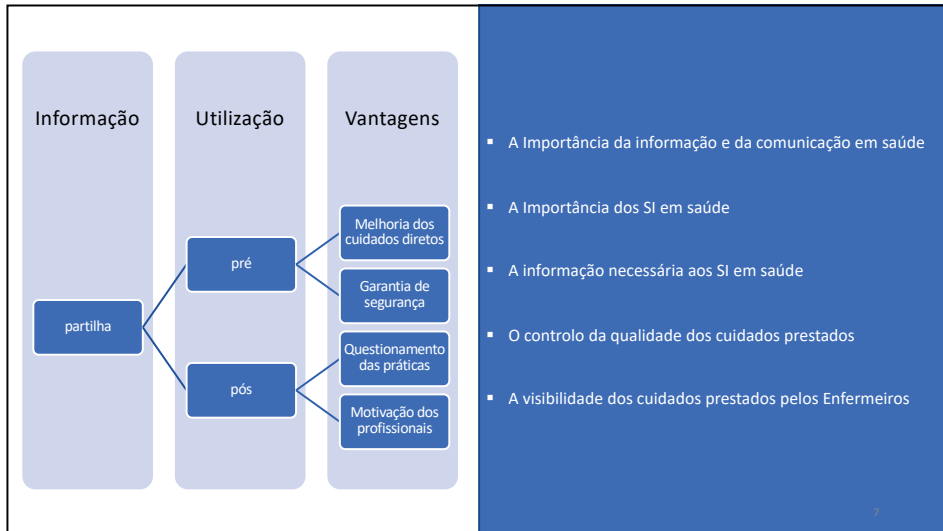




	Identificação	<p><u>Artigos identificados:</u> B-On, Ebsco, PubMed - 138 RCAAP - 14 Outros - 26</p>
	Triagem	<p><u>Período temporal de 2014 a 2018:</u> B-On, Ebsco, PubMed - 61 RCAAP - 9 Outros - 26</p>
	Elegibilidade	<p><u>Pertinência do tema e resumo:</u> B-On, Ebsco, PubMed - 17 RCAAP - 9 Outros - 26</p>
	Incluídos	<p>B-On, Ebsco, PubMed - 10 RCAAP - 7 Outros - 25</p>

Termos Mesh:

- Emergency nursing
- Information system
- Information management
- Health information Exchange
- Health informatics



To err is human: building a safer health system

(Kohn, 2000)

Os cuidados de saúde compreendem riscos e podem ser responsáveis por eventos adversos (EA) que culminam em incapacidade ou até mesmo na morte

(World Health Organization, 2002a)

- Encargos financeiros elevados
- Ocorrência em qualquer momento da prestação de cuidados
- Reconhecimento do fator humano ou organizacional

Necessidades:

- Prevenir a ocorrência de EA
- Dar visibilidade aos EA
- Reduzir o impacto nos doentes

8

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Reconhece que a **gestão dos riscos** associados à prestação de cuidados é um **processo coletivo** e que a causa dos mesmos raramente está associada à falta de competência profissional

Admite no sistema possíveis perturbações de organização, coordenação ou comunicação como estando na origem destes problemas

(Ministério da Saúde, 2015)



9



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

*Objetivo Estratégico 2: a comunicação é um “**pilar fundamental** para a **segurança do doente**” e que se for **comprometida** pode “**causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado**, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente”.*

(Ministério da Saúde, 2015)



10





A **informação**, enquanto conteúdo da comunicação, é reconhecida como um conjunto de dados que devidamente organizados e facilitados, podem conduzir a decisões mais ajustadas por parte do recetor.

A **qualidade** dos dados recebidos que potencia a qualidade da informação transmitida.

(Vieira, 2018)

11



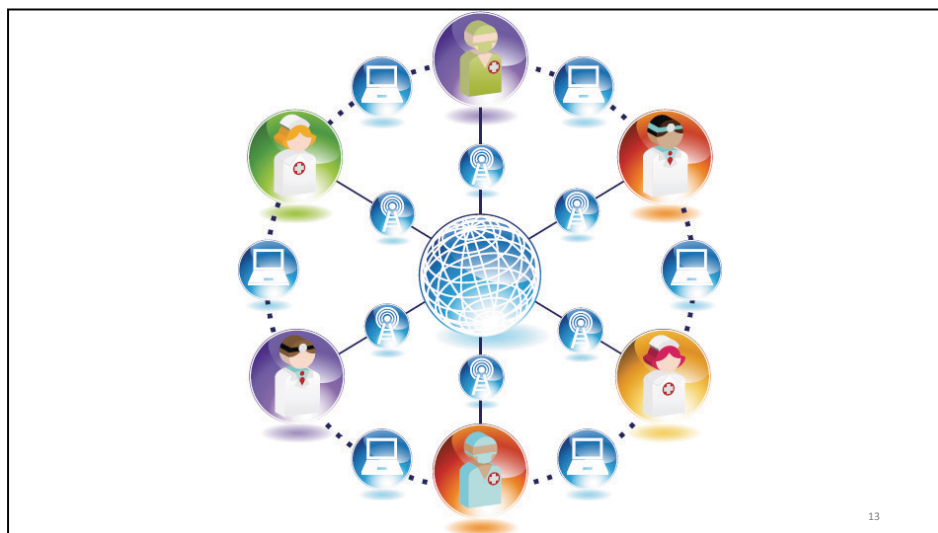
Já em 1995 um artigo científico realçava que **era possível reduzir os erros** de segurança em **18%** e até **70%** os efeitos adversos dos medicamentos.

(Leape et al, 1995)

Era necessário **conhecimento, informação e partilha** através sistemas adequados à circulação de informação.

(Leape et al, 1995, Kaelber, 2007)

12



13

Os **sistemas de informação (SI)** em saúde, enquanto **instrumentos de recolha, processamento, armazenamento e transmissão de informação** visam o **apoio à tomada de decisão**, contribuindo não só para o processo de gestão adequado ao nível das organizações de saúde, mas também para a melhoria da prestação de cuidados pelos profissionais e pelo acesso rápido e eficaz à informação de qualidade

(Vieira, 2018)

CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO-VISEU



INEM

14

Fatores de suporte à decisão:

- redução do tempo gasto em questões burocráticas
- aumento da legibilidade e segurança da informação partilhada
- padronização dos registos
- diminuição da duplicação de dados
- melhoria da acessibilidade à informação


(Vieira, 2018, Winden et al, 2014)



15

International Journal of Medical Informatics 87 (2016) 68–74
Contents lists available at ScienceDirect
ELSEVIER International Journal of Medical Informatics
journal homepage: www.ijmijournal.com

Health information exchange and information gaps in referrals to a pediatric emergency department
Marta Chacour Bahous^{a,b,*}, Efrat Shadmi^a



Procurou comparar a fiabilidade da informação transmitida pelas três grandes fontes de informação de saúde:

- (1) carta do **médico**
- (2) informação fornecida pelo **doente ou família**
- (3) disponível sistemas de informação de saúde

Repositório comum de informação atualizado por todos

(Bahous e Shadmi, 2016)

16

A Case Report in Health Information Exchange for Inter-organizational Patient Transfers

J.E. Richardson¹; S. Malhotra²; R. Kaushal¹; with the HITEC Investigators

A **problemática da partilha de informação**, nos casos de **transferência** de doentes **entre instituições ou serviços**, tem vindo a ser associada a **aumento de riscos** não só para os **doentes**, mas para as **organizações**. Nestes casos, a dificuldade em dar continuidade aos cuidados pode comprometer a segurança dos doentes e intensificar a mobilização de recursos / gastos por parte das instituições

(Richardson et al, 2014)

17



Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)

Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais

Reconhece o **contributo dos SI**, não só para a gestão da saúde, mas também para a qualidade das decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a formação e investigação, assim como para os processos de tomada de decisão.

(Ordem dos Enfermeiros, 2007)

18



Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)
Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais

- **linguagem classificada** (colheita e manutenção dos dados atualizados)
- capacidade de determinação das **necessidades em cuidados dos doentes**, permitindo o cálculo da **carga de trabalho** dos profissionais
- possibilidade de **partilha** de informação clínica interinstitucional

(Ordem dos Enfermeiros, 2007)

19



Registo de Saúde Electrónico


Documento de "Estado da Arte"

Ref.:	R1
Versão:	2.0
Data:	29-06-2009


Classificou como **incompreensíveis** e **anómalos** os casos em que se verifica ausência de informação de saúde no local em que é necessária.

(Administração Central do Sistema de Saúde, 2009)

20



Ministério da Saúde



Administração Central
do Sistema de Saúde

Registo de Saúde Electrónico

Documento de "Estado da Arte"

Ref.º:	R1
Versão:	2.0
Data:	29-06-2009

"...informação de saúde relevante de qualquer utente deve estar acessível, de forma controlada, ao profissional de saúde que lhe presta um qualquer serviço, independentemente do local, da origem e da prestação", sendo emergente a criação de SI que fossem transversais a todos os agentes e entidades do sistema de saúde.

(Administração Central do Sistema de Saúde, 2009, p.6)

21



SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Deste 2011 com responsabilidades sobre os sistemas e tecnologias de informação e comunicação, ficando responsável pelo desenvolvimento, manutenção e operação de vários sistemas integrados de informação de saúde.



REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO



SiClínico

(Ministério da Saúde, 2011)

22



SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Informação partilhada

Contacto de Urgência	Medicação
Dados de saúde	Alergias
Doenças	Hábitos

23

NORMA

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Francisco
Henrique
Moura George

Responsável pelo processo de
transferência de informação
entre as equipas prestadoras de
cuidados, para segurança do doente,
devendo ser normalizada
utilizando a técnica ISBAR¹.

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;

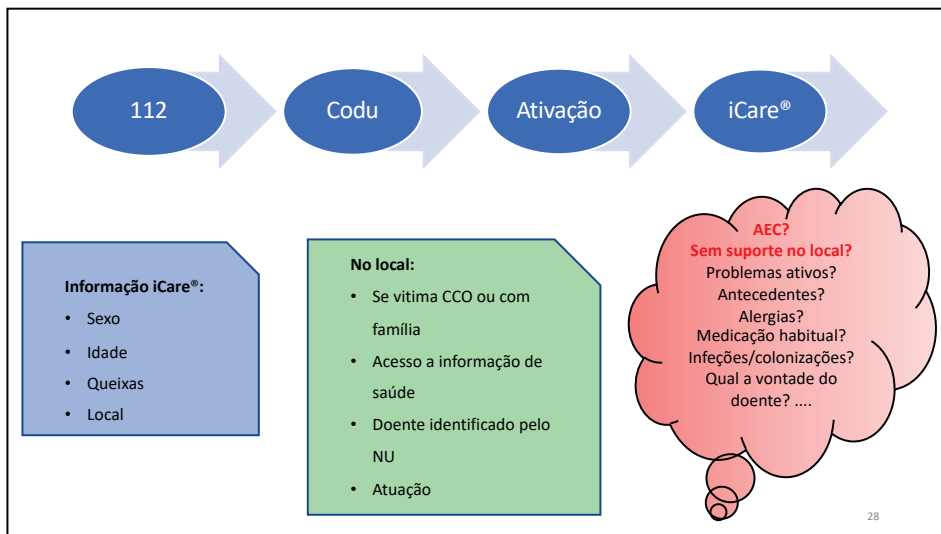
24

NORMA	
NÚMERO:	001/2017
DATA:	08/02/2017
ASSUNTO:	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
PALAVRAS-CHAVE:	Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR
PARA:	Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)
NORMA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹. 2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no nº 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro. 3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. 4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função). 5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação; 	
	25

I	
Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	<ol style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	<ol style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	<ol style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	<ol style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	<ol style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.
	26

<p>I</p> <p>Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
<p>S</p> <p>Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
<p>B</p> <p>Antecedentes/Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretas antecipadas de vontade</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
<p>A</p> <p>Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
<p>R</p> <p>Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

27





28

Em urgência e da emergência, a **falta de homogeneidade da população propicia o desenvolvimento de práticas gerais e especializadas.**

A **partilha de informação é uma necessidade** importante sendo os registos são um garante de **segurança**, de **continuidade** e ainda de **qualidade** de cuidados ao doente e à família.



(Shapiro, 2007, Sapatinha, 2018)



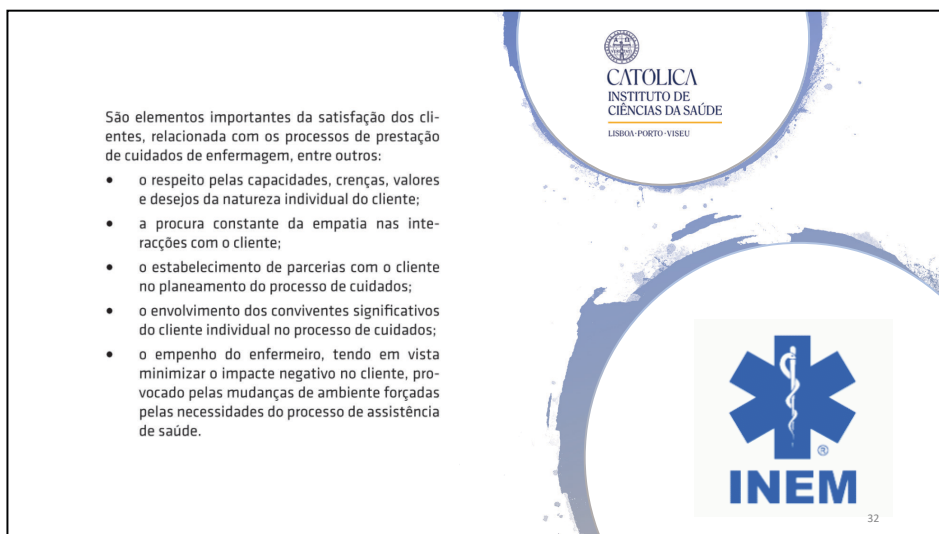
29

A **informação clínica relevante**, como é o caso dos **problemas médicos ativos**, dos **antecedentes**, da **medicação**, das **alergias** e até mesmo as **diretivas antecipadas de vontade**, constituem alguns dos pontos chave que podem promover a qualidade e a humanização dos cuidados que são prestados pelos profissionais

(Turner et al, 2018; Porter et al, 2006)








30






É preciso “**melhorar a qualidade dos registos efetuados, uniformizando e sistematizando os padrões de documentação, sem diminuir a sensibilidade descritiva da realidade clínica específica de cada utente**”, de modo que a informação não só seja promotora da adequação das políticas de gestão, como contribua para a visibilidade dos cuidados e inspire à produção de conhecimento.

(Vieira, 2018, p.105)

A **CIPE** (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) foi concebida pelo ICN (International Council of Nurses) no reconhecimento de que a **exposição clara da prática** era essencial para a profissão. Com o intuito de ser **integrada em tecnologias de suporte**, foi desenvolvida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, **de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados à escala mundial**, através do apoio direto às práticas e às políticas de cuidados de saúde

(Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Vantagens da linguagem padronizada:

- **Facilidade de comunicação** entre os enfermeiros e até mesmo com outros profissionais de saúde ou responsáveis de decisão política
- **Documentação dos dados** possibilita ainda a nível organizacional, o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, as previsões financeiras, a análise dos resultados dos doentes, assim como o desenvolvimento de políticas de gestão.

(Ordem dos Enfermeiros, 2009)

35

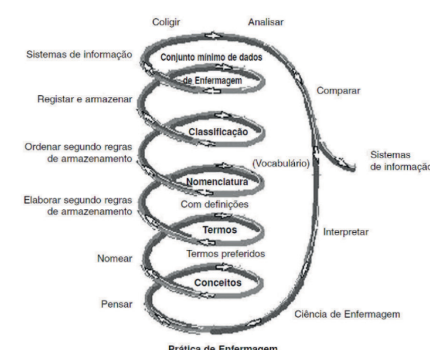


Figura 1. Relações entre termos, vocabulário, classificação e conjuntos de dados

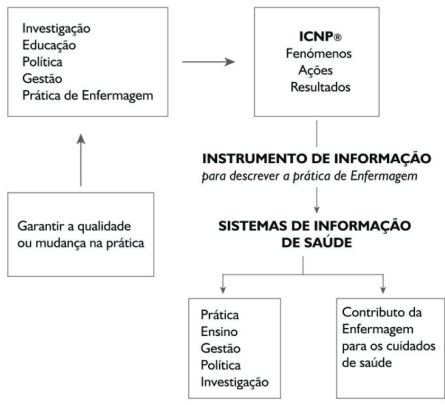


Figura 2. CIPE®: um instrumento de informação

(Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A segurança...



As **Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)**, consideradas um problema de saúde pública à escala internacional pela Organização Mundial de Saúde, têm sido **responsáveis pelo aumento da morbilidade e mortalidade, com consequente aumento de custos para os cidadãos e para os sistemas de saúde**

(Direção Geral de Saúde, 2017)

37

A segurança...



Fatores justificativos

- **hospedeiros mais suscetíveis**, tendo em conta a idade ou doenças associadas;
- **aumento de agentes multirresistentes**;
- **aumento da complexidade dos cuidados**, através de técnicas cada vez mais invasivas;
- **infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais** dificultadores de uma prestação de cuidados adequada
- a cada vez **maior mobilização de doentes** entre unidades de prestação de cuidados

(OPSS, 2018)

38

A segurança...



A relação direta das IACS com o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, pelo consumo pouco criterioso destes fármacos ao longo dos anos, tem propiciado o desenvolvimento e a divulgação de estratégias, programas e intervenções, que assentam em três pilares fundamentais

(Direção Geral de Saúde, 2017; OPSS, 2018)

39

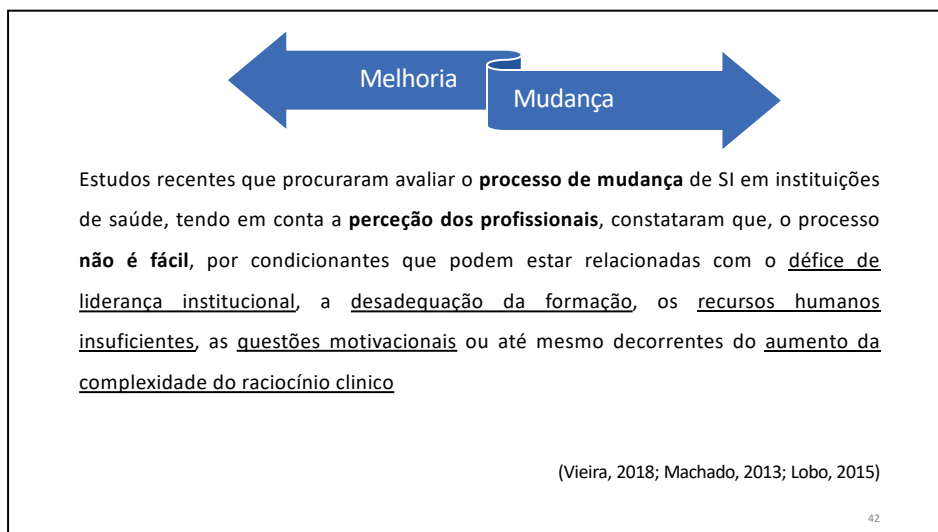
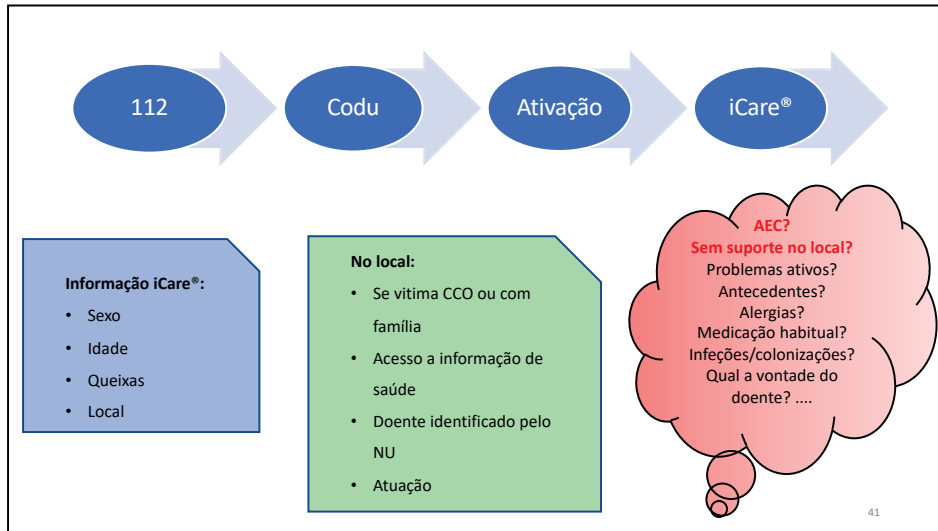
A segurança...



- (1) redução de infeções através da promoção de boas práticas baseadas nas Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)
- (2) redução do consumo de antibióticos, através da implementação de programas de apoio à prescrição de antibióticos
- (3) vigilância das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos

(Direção Geral de Saúde, 2017; OPSS, 2018).

40



THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE/ORIGINAL RESEARCH

Emergency Physicians' Perspectives on Their Use of Health Information Exchange

Shirley A. Thorn, PhD, MN; Michael A. Carter, DNSc, DNP; James E. Bailey, MD, MPH

← Melhoria Mudança →

Outro estudo procurou perceber qual a opinião dos profissionais que usavam de sistemas de informação partilhada à alguns anos num serviço de emergência.

- não era amigável
- afetava negativamente o ritmo de trabalho
- falhas de informação
- dificuldade de uso

(Thorn et al, 2014)

43

THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE/ORIGINAL RESEARCH

Emergency Physicians' Perspectives on Their Use of Health Information Exchange

Shirley A. Thorn, PhD, MN; Michael A. Carter, DNSc, DNP; James E. Bailey, MD, MPH

← Melhoria Mudança →

Necessidade:

- considerar a **opinião dos utilizadores** na construção e adequação dos sistemas
(Thorn et al, 2014).
- desenvolver e utilizar **SI rápidos e intuitivos**, que **evitem a duplicação** de dados, que sejam **sensíveis a uma diversidade de contextos** e que se adaptem aos utilizadores
(Vieira, 2018; Thorn et al, 2014)

44

Propostas de Melhoria

1º Fase - Criar uma ponte para acesso à informação:

- Problemas médicos ativos;
- Antecedentes pessoais;
- Medicação;
- Alergias;
- Exames auxiliares de diagnóstico relevantes;
- Diretivas antecipadas de vontade.



43

Propostas de Melhoria

2º Fase – Possibilitar e promover a interação dos profissionais com o sistema:

- Atualização contínua dos dados
- Implementação de uma linguagem uniformizada



44

Propostas de Melhoria

A consecução destas propostas poderá beneficiar ainda da **criação de um grupo de trabalho interno** que tenha liberdade para decidir e negociar com as instituições públicas competentes



Valorizando a opinião dos profissionais na adaptação e organização do sistema

47



48



REPÚBLICA PORTUGUESA

CRP, Artigo 64º - consagra o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde


LBS, Base I - reconhece que a proteção de saúde é um direito dos indivíduos que deve ser promovido e garantido pelo Estado

LBS, Base XII - o direito é garantido por um sistema de saúde, do qual fazem parte instituições públicas, privadas e profissionais liberais

LBS, Base ao XIII - deve haver uma articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, garantindo-se a todo o momento a confidencialidade da informação clínica dos utentes

LBS, Base XIV - os utentes têm direito a ser tratados, pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito

49



DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Artigo 83º - respeitar o direito ao cuidado do doente, assegurando a continuidade dos cuidados

Artigo 85º - respeitar o direito ao sigilo, partilhando a informação apenas com quem esteja implicado no processo terapêutico

Artigo 88º - promover a excelência do exercício, procurando adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas dos doentes

Artigo 91º - o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde

50



6.3. Apêndice C - Pela Qualidade dos Cuidados: Numa perspetiva de gestão



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Pela Qualidade dos Cuidados

Numa perspetiva de gestão

Realizado por: Hugo Meira n.º 396417037

Orientador: Professora Ana Sabrina Sousa

Tutor: Enf.º Pedro Neto e Enf.º Daniel Moreira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem / Estágio e Relatório Final

Porto, Dezembro, 2018

*“Every mountain top is within reach
if you just keep climbing”*

Barry Finlay

Índice

1. Introdução	7
2. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde	9
1.1. A infeção relacionada com o cateter venoso central.....	13
1.2. A infeção relacionada com o cateter vesical.....	14
1.3. A pneumonia associada à intubação	15
3. A gestão da qualidade dos cuidados numa UCI.....	16
4. Um processo de auditoria.....	22
5. Propostas de melhoria	30
6. Conclusão	31
7. Referências Bibliográficas.....	32
Anexos	
Anexo I - Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)	37
Anexo II - Norma 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central	38
Anexo III - Norma nº 019/2015: Feixe de intervenções de prevenção de ITU associados a cateter vesical	39
Anexo IV - Norma 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.....	40
Apêndices	
Apêndice I - Instrumentos de suporte para utilização diária pelo responsável de turno.....	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores de qualidade de enfermagem na prestação de cuidados ao adulto internado em UCI (Dias, 2014)	18
Tabela 2 - Resultados da auditoria às PBCI, segundo a Norma 029/2012 da DGS (Direção Geral de Saúde, 2012)	22
Tabela 3 - Resultados da auditoria ao CVC, segundo a Norma 022/2015 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2015b)	26
Tabela 4 - Resultados da auditoria à PAI, segundo a Norma 021/2015 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2017)	27
Tabela 5 - Percentagem de óbitos associados à infeção por dispositivos invasivos, Portugal Continental, 2009-2013 (Direção-Geral da Saúde, 2014)	28
Tabela 6 – Taxa de incidência de infeções associadas a dispositivos nas UCI entre 2008 e 2016 (Direção Geral de Saúde, 2017b)	29

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Índice global nacional de qualidade das dez áreas das PBCI, em Portugal entre 2014 a 2016 (Direção Geral de Saúde, 2017b).....	28
--	----

Siglas

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia associada à intubação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SI – Sistemas de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

1. Introdução

Este trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde – Porto, com vista à obtenção dos referidos graus, através da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contacto direto com a prática, neste caso numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Um estágio consiste num período de experiências e possibilidades que permite não só a consolidação de conhecimentos teóricos, como a aquisição e construção de novos saberes e linhas de pensamento (Fernandes, 2007), através de um processo de reflexão contínua (Alarcão, 1996).

Numa UCI este processo de reflexão é constante, levando-nos a repensar a prática, os cuidados e até mesmo as nossas características pessoais e profissionais.

Apesar dos diversos avanços que temos vindo assistir ao longo dos anos e que conduziram a recomendações técnicas para uniformizar as práticas com vista a reduzir os riscos, os eventos relacionados com as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a fazer parte da realidade das unidades de prestação de cuidados, afetando não só os doentes ou as organizações, mas contribuindo igualmente para as resistências ao antimicrobianos e à disseminação de microrganismos cada vez mais agressivos à escala global.

O tema da procura pela qualidade numa perspetiva de gestão, surgiu não só do interesse pessoal em aprofundar conhecimentos acerca das funções do enfermeiro coordenador de turno numa UCI, mas também da necessidade de realçar as suas funções enquanto especialista na prevenção dos eventos adversos e na conseqüente promoção da qualidade dos cuidados, através do acompanhamento das práticas.

Este trabalho, apesar de estar inserido numa atividade académica de especialização e de aperfeiçoamento pessoal e profissional, surge num ponto de viragem da profissão, face às inúmeras tentativas de valorização e reconhecimento devidos aos Enfermeiros e procura estabelecer os pontos chave em que os cuidados podem ser melhorados, assim como refletir acerca da forma como estes podem ser mais visíveis.

Este trabalho assenta assim num processo de reflexão que se foi desenvolvendo ao longo do contexto de estágio, em conjunto com diferentes profissionais da instituição e com recurso a revisão da literatura, e tem como objetivos: (1) aprofundar conhecimentos acerca da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS); (2) realçar

a importância do enfermeiro especialista na gestão da qualidade dos cuidados numa UCI; assim como (3) identificar focos de atenção e mudança que potenciem a melhoria das práticas, em prol da segurança, qualidade, evolução e valorização da profissão de enfermagem, no contexto das UCI.

Este trabalho encontra-se organizado de modo a dar a conhecer a realidade das IACS de um modo global, direcionando-se posteriormente para o contexto das UCI e para a relevância do papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados destas unidades. Ao longo do texto vão sendo apresentadas questões sobre a prática, propiciando-se momentos de reflexão e justificação da pertinência do tema. Nos últimos capítulos serão apresentados os resultados de um momento de auditoria às Precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), Cateter venoso central (CVC) e Pneumonia associada à intubação (PAI) nas UCI, finalizando-se com propostas de melhoria aos serviços.

2. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

A temática da segurança dos doentes e a procura pela qualidade dos cuidados não é um tema dos dias de hoje. Na realidade tem vindo a ser sujeita a estudo e intervenção ao longo dos anos, sendo que as primeiras referências remontam aos anos 50 do século passado (World Health Organization, 2002a). Ainda assim, foi com a publicação *To err is human: building a safer health system* (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000), em 1999 pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América, que este tema ganhou visibilidade internacional e culminou nas sucessivas medidas de intervenção que temos observado ao longo dos anos (World Health Organization, 2002a).

O erro, reconhecido atualmente pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como um desvio não intencional em procedimentos operacionais-padrão ou Normas de Orientação Clínica ou mesmo um ato de comissão ou omissão que causou, ou contribuiu, para a causa do dano não intencional, surge muitas vezes em associação aos eventos adversos quando ocorre no decurso da prestação de cuidados de saúde e produz uma alteração mensurável no estado do doente (Direção Geral da Saúde, 2011). Os serviços de emergência têm vindo a ser descritos como as áreas de intervenção mais propensas a erros por parte dos profissionais (Camargo et al, 2012; Fordyce et al, 2003) havendo dados que demonstram que os enfermeiros estão em posições chave para os detetar antes de afetarem os doentes (Camargo et al, 2012)

Foi na *Fifty-Fifth World Health Assembly* da OMS, em 2002, que se concluiu que os cuidados de saúde, para além dos benefícios imediatos que comportam para os doentes, também compreendem riscos e podem ser responsáveis por eventos adversos que culminam em incapacidade ou até mesmo na morte (World Health Organization, 2002a). Neste encontro internacional, foi igualmente admitido, que para além dos encargos financeiros com os eventos adversos serem avultados, estes podem ocorrer em qualquer momento do processo de prestação de cuidados, desde a administração de medicação, à utilização equipamentos médicos, às falhas humanas e até mesmo à falha no sistema e na cultura organizacional. Era necessário que a *Segurança* se assumisse como um princípio essencial à prestação de cuidados de qualidade, pelo que foram identificadas três ações complementares para este fim: (1) a prevenção de eventos adversos, através da criação e desenvolvimento de políticas de segurança; (2) a visibilidade dos eventos adversos, através do registo e da divulgação; e, por fim (3) a redução do seu impacto sobre os doentes, quando ocorressem (World Health Organization, 2002a, 2002b, 2003).

Foi na tentativa de resposta a estes problemas que se criou a *World Alliance for Patient Safety* em 2004 e se desenvolveu a *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* em 2009, emergindo taxonomias e recomendações que acabaram por influenciar as políticas de gestão em saúde, não só, mas também em Portugal (World Health Organization, 2009; Ministério da Saúde, 2004a, 2004b).

A segurança do doente tem-se apresentado como um dos maiores desafios deste século e, hoje em dia, é ao nível do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015) que assume maior relevo.

No reconhecimento de que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados é um processo coletivo e que a causa dos mesmos raramente está associada à falta de competência profissional, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes admite no sistema possíveis perturbações de organização, coordenação ou comunicação como estando na origem destes problemas. A cultura de segurança, a partilha de conhecimento, de informação e de ações dirigidas às problemáticas, constituem assim a base das ações transversais do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no sentido da procura pela melhoria dos cuidados (Ministério da Saúde, 2015).

No que se refere à segurança, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 não deixa dúvidas ao afirmar ao nível do Objetivo Estratégico 9 a necessidade de se prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. É no reconhecimento de que o aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) dificultam o tratamento dos doentes, sendo causa de morbilidade e mortalidade, e que estão diretamente relacionadas com o aumento do consumo de antibióticos, levando às resistências, que se determina a necessidade de estabelecimento de estratégias que possam controlar estas situações. A (1) informação/educação dos profissionais e cidadãos, (2) a vigilância epidemiológica das infeções, (3) das resistências e (4) dos consumos de antibióticos têm sido apresentadas como estratégias de controlo para estes efeitos. As diferentes Normas e Orientação que têm guiado a ação dos profissionais, como a das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) (Direção Geral de Saúde, 2012), da prevenção da infeção no local cirúrgico (Direção-Geral da Saúde, 2015a), da pneumonia associada à intubação (Direção-Geral da Saúde, 2017), da infeção do cateter venoso central (Direção-Geral da Saúde, 2015b) ou da infeção urinária associada ao cateter vesical (Direção Geral de Saúde, 2017a), constituem alguns exemplos acerca da aplicabilidade destas indicações, nos contextos da prática (Ministério da Saúde, 2015).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), consideradas um problema de saúde pública à escala internacional pela OMS, têm sido responsáveis pelo aumento

da morbidade e mortalidade, com consequente aumento de custos para os cidadãos e para os sistemas de saúde (Direção Geral de Saúde, 2017b).

O Relatório de Primavera 2018, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), considera diversos fatores justificativos da magnitude deste problema, como: (1) hospedeiros mais suscetíveis, tendo em conta a idade ou doenças associadas; (2) aumento de agentes multirresistentes; (3) aumento da complexidade dos cuidados, através de técnicas cada vez mais invasivas; (4) infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais dificultadores de uma prestação de cuidados adequada; e (5) a cada vez maior mobilização de doentes entre unidades de prestação de cuidados (OPSS, 2018). A OMS, distinguindo os fatores de risco por nível desenvolvimento de países, corrobora os dados apresentados e acrescenta que, nos países menos desenvolvidos, crescem fatores sociais como a pobreza, a falta de recursos e condições de higiene básicas. Nestes últimos, a falta de suporte financeiro para a adoção de medidas adequadas de controlo de infeção, a falta de profissionais treinados na área da infeção, assim como a falta de recursos humanos, materiais e provimentos para satisfazer as necessidades, são igualmente considerados fatores a ter em consideração (World Health Organization, 2011).

Esta revisão da OMS, realizada entre 1995 e 2010, relativa ao peso internacional da infeções associadas aos cuidados de saúde, demonstrou ainda que as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm um risco 30% acrescido de infeção, comparativamente outras unidades, sendo que as mais frequentes estão associadas com o uso de instrumentos invasivos como o Cateter Venoso Central (CVC), o Cateter Vesical (CV) e os ventiladores (World Health Organization, 2011).

As consequências relativas ao aumento dos dias de internamento, das incapacidades a longo prazo, do aumento das resistências aos antimicrobianos ou dos custos para o sistema de saúde, doentes e famílias, assim como do aumento do número de mortes, voltaram a ser apontadas como situações a combater. No que respeita a números, foi mesmo enaltecido que na Europa as IACS afetam 4 milhões de doentes por ano, aumentam em 16 milhões os dias de internamento, causam 37 mil mortes e conduzem a custos que ascendem aos 7 biliões de euros (World Health Organization, 2011).

Estas infeções, segundo a OMS, têm origem endógena ou exógena e tornam-se evidentes cerca de 48h após o internamento, englobando assim todas as infeções que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão. Para as infeções de origem endógena, são reconhecidos como focos os locais do corpo frequentemente colonizados por microrganismos da flora, como a pele, nariz ou boca, por exemplo. Já nas causas

exógenas são valorizados fatores externos ao doente como os profissionais de saúde, as visitas, os equipamentos e instrumentos médicos, assim como o próprio ambiente (World Health Organization, 2011).

A necessidade de se desenvolver políticas que defendam e promovam o controlo de infeção foi-se evidenciando como uma necessidade fundamental para os países e as instituições (World Health Organization, 2011).

Na sequência das preocupações nacionais e internacionais com a segurança dos doentes, nomeadamente no que concerne às infeções e às resistências aos antimicrobianos (Allegranzi et al. 2011), têm sido diversas as intervenções que visam melhorar a qualidade dos cuidados reduzindo ao máximo estas ocorrências.

Em 2012, no sentido de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, a Direção Geral de Saúde (DGS) instituiu uma norma relativa às PBCI, com vista a ser implementada em todas as instituições de prestação de cuidados e sendo composta por dez itens fundamentais para a prevenção e controlo da infeção: (1) a colocação de doentes, (2) a higiene das mãos, (3) a etiqueta respiratória, (4) a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), (5) as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, (6) a descontaminação do equipamento clínico, (7) o controlo ambiental, (8) o manuseamento seguro da roupa, (9) a recolha segura de resíduos e (10) a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção Geral de Saúde, 2012).

Enunciando-se como uma obrigação, as PBCI impõe aos gestores/administradores não só a necessidade de assegurar a formação e treino aos profissionais, como a garantir o acesso às normas e disponibilizar todos os recursos necessários à sua implementação e monitorização de cumprimento (Direção Geral de Saúde, 2012).

Desses recursos, para além das sessões de esclarecimento e informação a que temos vindo a ter acesso, têm sido divulgados instrumentos que visam aferir o cumprimento desta norma de modo a conduzir a intervenções necessárias à melhoria de pontos considerados de risco. Os instrumentos para a realização da auditoria às PBCI na vertente da estrutura e do processo encontram-se em anexo deste trabalho (Anexo I) (Direção Geral de Saúde, 2012), tendo sido usados para identificar situações de risco ao longo do contexto de estágio nas UCI. Os resultados são apresentados no capítulo 4 deste trabalho.

Considerando que este trabalho decorre de um processo de desenvolvimento de competências, num contexto de estágio, através do contacto direto com a prática, numa UCI, importa realçar as infeções mais frequentes neste tipo de contextos.

1.1.A infecção relacionada com o cateter venoso central

As infecções do CVC, responsáveis por cerca de 23,6% das mortes à escala mundial (World Health Organization, 2011), são reconhecidas como a principal causa de infecções da corrente sanguínea, conduzindo ao aumento da morbilidade, agravamento do estado de saúde dos doentes e consequente aumento dos dias de internamento (NHS Scotland/Infection Control, 2014).

Apesar de ser uma intervenção necessária ao tratamento de alguns grupos de doentes, a natureza invasiva do CVC, em associação à vulnerabilidade dos doentes, pode conduzir a riscos quer no processo de colocação, como no manuseamento ou manutenção do acesso (NHS Scotland/Infection Control, 2014).

Na sequência do aprofundamento de conhecimentos a que esta temática tem sido sujeita ao longo dos anos, vêm surgindo normas e recomendações que visam uniformizar os cuidados e reduzir os riscos. As orientações internacionais refletem-se assim nas práticas a nível nacional, valorizando o cumprimento de feixes de intervenção como forma de atingir estes fins (NHS Scotland/Infection Control, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2015b).

O *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central* é assim um documento normativo desde 2015 que, por reconhecer (1) que as infecções relacionadas com o CVC são eventos potencialmente evitáveis e (2) que a adoção de feixes de intervenção reduz a incidência de infecções, determina a necessidade de cumprimento conjunta de determinados requisitos para que se reduza a infeção e potencie a qualidade dos cuidados. Deste modo, de encontro às orientações internacionais, determina como cuidados a ter na colocação (1) a avaliação da necessidade de colocação com consideração do número de lumens estritamente necessários ao tratamento, (2) a preparação cirúrgica das mãos e a utilização de precauções de barreira máxima, (3) a antissépsia do local de inserção com cloro-hexidina a 2% em álcool, previamente à inserção e respeitando os tempos de atuação do produto, (4) a utilização de um campo estéril que cubra todo o corpo do doente, (5) a utilização do acesso femoral como último recurso e a (6) utilização de uma técnica asséptica na realização do penso. Já os cuidados de manutenção passam por (1) avaliar diariamente a necessidade de manutenção do acesso, (2) lavar e desinfetar as mãos previamente ao manuseamento do mesmo, (3) desinfetar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manipulação e, por fim, a (4) mudar o penso com a

periodicidade adequada ao material e às características do penso, utilizando uma técnica asséptica (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Como forma de garantir o cumprimento e uniformizar as práticas, o documento relativo aos feixes de intervenção do CVC, vem acompanhado de um instrumento de auditoria ao momento de colocação e manutenção do acesso, o qual se encontra apresentado em anexo (Anexo II) (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

1.2.A infeção relacionada com o cateter vesical

As infeções relacionadas com o cateter vesical, responsáveis por cerca de 18,5% das mortes à escala mundial (World Health Organization, 2011), são consideradas como as IACS mais comum e podem ter como foco de origem o períneo do doente, as mãos dos profissionais ou o equipamento utilizado para o procedimento. Ainda assim, o género feminino, a idade avançada, o tempo de cateterização e as condições imunitárias individuais, constituem fatores de risco acrescidos que carecem de ser considerados pelos profissionais (Health Protection Scotland, 2014).

No sentido de prevenir a ocorrência desta complicação as *guidelines* internacionais recomendam que seja evitado o recurso a este procedimento, mas sendo necessário, determinam o cumprimento de requisitos para que se previnam as infeções (Health Protection Scotland, 2014).

A nível nacional, e em consonância com as recomendações internacionais, o “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, determina a necessidade de (1) avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical, (2) cumprir a técnica asséptica durante a cateterização, (3) manter o circuito fechado durante o manuseamento do mesmo, (4) realizar higiene diária do meato uretral, promovendo sempre a autonomia do doente, (5) manter o cateter seguro e com saco coletor abaixo do nível da bexiga, esvaziando-o sempre que a 2/3 da sua capacidade e (6) verificar diariamente a necessidade de manutenção do cateter (Direção Geral de Saúde, 2017a).

Tal como foi apresentado para o cateter venoso central, a DGS disponibiliza igualmente para o cateter vesical um instrumento de auditoria que visa auxiliar os gestores na avaliação ao cumprimento da norma (Anexo III) (Direção Geral de Saúde, 2017a).

1.3.A pneumonia associada à intubação

As pneumonias associadas à intubação (PAI), responsáveis por cerca de 29,3% das mortes à escala mundial (World Health Organization, 2011), são reconhecidas como as IACS com maior incidência numa UCI (NHS Scotland/Infection Control, 2016), afetando 5 a 15% dos doentes intubados nestas unidades (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

Apesar da sua etiologia multifatorial poder dever-se à contaminação do ambiente, instrumentos ou microaspirações, fatores como a idade, doença cardíaca ou pulmonar, cirurgia toraco-abdominal, doenças do trato gastrointestinal que afetem a motilidade ou o esvaziamento gástrico e a presença de sonda nasogástrica, apesar de não serem consensuais, são igualmente apontados como fatores de risco para a ocorrência deste problema (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

As implicações comprovadas no aumento da morbidade, mortalidade, consumo de antimicrobianos, tempo de hospitalização e necessidade de recursos humanos, realça a necessidade de intervenções particulares que permitam reduzir a sua ocorrência, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

A prevenção, através da implementação de medidas de vigilância ou adoção de protocolos de atuação, continua a ser um dos métodos de eleição para controlo destas complicações (Sousa, Ferrito, Paiva, 2017).

O “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação* enuncia assim a obrigatoriedade de, diariamente, (1) rever, reduzir e, se possível, parar a sedação, (2) discutir e avaliar a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, (3) manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, (4) realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses e que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas, (5) manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos e (6) manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em anexo deste trabalho (Anexo IV) é apresentado o instrumento de auditoria clínica que serve de suporte aos gestores, com vista a avaliar e promover o cumprimento destes feixes de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O capítulo seguinte, reconhecendo as IACS como um problema de saúde pública à escala internacional, realça a importância do gestor e dos instrumentos de gestão, na UCI, não só para o acompanhamento, mas para a melhoria da qualidade das práticas.

3. A gestão da qualidade dos cuidados numa UCI

As Unidades de Cuidados Intensivos, pelas contingências relacionadas com o seu foco de intervenção, o doente crítico, implicam a necessidade de recursos humanos e materiais adequados, processos de trabalho especializados, complexos e com grande número de procedimentos, sendo um ambiente especialmente favorável à ocorrência de eventos adversos. Sem desvalorização de outras profissões, a enfermagem assume nas UCI um papel de destaque na segurança, não só de modo individual mas também coletivo (Serafim et al, 2017).

Fazendo referência ao regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, é possível verificar que, independentemente da área de atuação, os enfermeiros especialistas (EE) são responsáveis por: (1) gerir na equipa práticas de cuidados que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (unidade de competência A2.2 do regulamento), (2) por incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (unidade de competência B1.2 do regulamento), (3) por avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na vertentes de estrutura, processo ou resultado (unidade de competência B2.1 do regulamento), (4) por promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual de segurança e proteção (unidade de competência B3.1 do regulamento), (5) por gerir o risco ao nível da unidades ou da instituição (unidade de competência B3.2 do regulamento), (6) por otimizar o processo de cuidados (unidade de competência C1.1 do regulamento), (7) por orientar e supervisionar tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (unidade de competência C1.2 do regulamento), (8) por otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades (unidade de competência B2.1 do regulamento), (9) por serem facilitadores da aprendizagem (unidade de competência D2.1 do regulamento), assim como, (10) por suportarem a prática clinica na investigação e no conhecimento (unidade de competência D2.2 do regulamento) (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A gestão, enquanto competência da especialidade em enfermagem, fundamenta-se ao nível do artigo 88 da deontologia profissional pela necessidade de (1) analisar regularmente a prática e reconhecer as falhas, (2) adequar as normas de qualidade às necessidades das pessoas e (3) assegurar, por todos os meios, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, ao se procurar atingir a excelência do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Na estrutura das organizações de saúde, os enfermeiros executam funções de gestão em cargos que vão desde o Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor e até mesmo ao Enfermeiro Diretor. Na história da enfermagem em Portugal, estas funções foram contempladas inicialmente pelo Decreto-lei nº 305/81 e clarificadas mais tarde pelo Decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro (referenciando o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor e de Enfermeiro Diretor). A última grande mudança ao nível da carreira foi executada em 2009 pelo Decreto-lei nº 247/2009 e Decreto-lei nº 248/2009, passando a haver duas categorias, a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal, sendo neste último que incidem as funções de gestão, podendo ocupar cargos de Direção e Chefia (Brandão, 2016).

A referência mais atual às competências do Enfermeiro Gestor passa pelo Regulamento n.º 101/2015, publicado em Diário da República a 10 de Março de 2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Do conjunto, realço como funções do Enfermeiro Gestor as seguintes: (1) garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; (2) gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; (3) garante a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A enfermagem é uma profissão que se faz por pessoas e para pessoas, tendo na gestão um pilar para que a profissão se desenvolva e para que os cuidados sejam prestados com uma qualidade cada vez maior. Os enfermeiros que executam funções de gestão, como é o caso dos que gerem os turnos e as equipas, com base na avaliação criteriosa das necessidades dos clientes, são responsáveis por dar uma resposta em termos de gestão de recursos, humanos e materiais, garantindo a excelência dos cuidados (Brandão, 2016).

No contexto organizacional são vários os indicadores que têm vindo a surgir como instrumentos de quantificação da qualidade dos cuidados que são prestados. Ainda assim, na prática, são poucos aqueles que refletem a atividade profissional dos enfermeiros, justificando a pertinência da sua presença nestas unidades.

No sentido de solucionar este problema foi emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2007, um documento relativo ao Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, o qual distingue os indicadores como marcadores com a capacidade de traduzir o contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações. Seguindo as componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian, em 2003, o Resumo Mínimo de Dados categoriza os indicadores de qualidade em estrutura, processo e resultado, realçando a necessidade de, na sua construção, terem por base não só (1) a integração dos aspetos

relacionados com a saúde das populações, sensíveis aos cuidados de enfermagem, mas também (2) a possibilidade de desenvolvimento de políticas que conduzam à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Donabedian, 2003).

Em 2014, na sequência de uma revisão sistemática relativa a indicadores de qualidade sensíveis à prática de enfermagem numa UCI, foi inferida a existência de 30 indicadores, entre estrutura, processo e resultado, que podiam ser considerados na prestação de cuidados a um adulto, numa UCI. A tabela seguinte (Tabela 1) ilustra os resultados encontrados, dando visibilidade a alguns dos focos de atenção que os enfermeiros e os gestores devem considerar na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Dias, 2014).

Estrutura	Processo	Resultado
<p>Horas de Enfermeiro e/ou auxiliares de Enfermagem em Cuidado intensivo (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007)</p> <p>Cálculo do rácio de doentes por enfermeiro (medido 3x dia - manhã, tarde e noite) (de Vos et al, 2007)</p> <p>Presença de estratégia/protocolo de prevenção de erros terapêuticos (de Vos, 2007)</p> <p>Presença de instrumento de avaliação da satisfação do doente/família (de Vos et al, 2007)</p> <p>Presença de sistema de classificação de doentes (Franco et al, 2008)</p> <p>Presença de campanha junto ao doente (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Presença de objetos limpos acumulados na box do doente (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Presença de objetos com sujidades acumulados na box do doente (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Presença de objetos limpos observados em excesso (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Presença de excesso de materiais nas caixas de apoio presentes nas boxes (Padilha e Matsuda, 2011)</p>	<p>Utilização correta dos equipamentos (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Índice de troca dos equipos [sistemas] de microgotas a cada 72 horas (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Índice de identificação correta dos equipos [sistemas] de soro/medicações (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Índice de identificação completa e correta do soro/medicações instalados (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Índice de identificação das punções venosas periféricas realizadas (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Índice de troca das punções venosas periféricas a cada 72 horas (Padilha e Matsuda, 2011)</p>	<p>Taxa de efetividade de conforto/higiene alterado - presença de: barulho de pessoas e aparelhos, dificuldade em dormir, ambiente frio e excesso de iluminação, presença de tubos e sondas, banho e eliminação no leito e dor (Souza et al, 2006), não apartamento das unhas dos pés e mãos; não realização de tricotomia facial e posicionamento do paciente na cama incorreto (Padilha e Matsuda, 2011)</p> <p>Taxa de efetividade da presença de stress/tensão - pordistância da família, ambiente isolado (Souza et al, 2006)</p> <p>Taxa de efetividade da presença de dor (Souza et al, 2006)</p> <p>Taxa de incidência de queda do paciente (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007)</p> <p>Taxa de incidência de extubação accidental/não planeada (Mota et al, 2007; de Vos et al, 2007; Garcia e Fugulin, 2012)</p> <p>Taxa de incidência de perda de sonda naso/orogástrica (Mota et al, 2007; Garcia e Fugulin, 2012)</p> <p>Taxa de incidência de perda de catéter venoso central (Garcia e Fugulin, 2012)</p> <p>Taxa de incidência de úlcera de pressão/lesão da pele (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007; de Vos et al, 2007; Franco et al, 2008; Garcia e Fugulin, 2012)</p> <p>Taxa de incidência de não conformidade relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem (Mota, N.; Melleiro, M.; Tronchin, D., 2007)</p> <p>Taxa de incidência de flebite (Mota et al, 2007)</p> <p>Índice de satisfação dos pacientes (Franco et al, 2008)</p> <p>Índice de falhas técnicas de enfermagem (Franco et al, 2008)</p> <p>Índice de eventos adversos graves (Franco et al, 2008)</p> <p>Índice de falhas de anotação de enfermagem (Franco et al, 2008)</p>

Tabela 1 - Indicadores de qualidade de enfermagem na prestação de cuidados ao adulto internado em UCI (Dias, 2014 p.26)

O Esquema 1, longe de ser simplista, vem realçar mais uma vez que para que sejam atingidos resultados favoráveis, é necessário que sejam criadas condições aos profissionais, através de estruturas e processos adequados que propiciem o desenvolvimento das melhores práticas.

Em modo de exemplo, se não existirem rácios enfermeiro/doente adequados, como é que se vai obter bons resultados ao nível dos indicadores relativos à ocorrência de úlceras de pressão, queda, extubação acidental, perda de sonda nasogástrica ou acessos venosos? Se as unidades dos doentes não possibilitarem uma prática que promova o cumprimento dos requisitos de higiene e controlo de infeção, como é que os profissionais vão cumprir os desígnios das normas nacionais e internacionais relativamente ao tema? Se não existirem processos de formação, protocolos e normas de atuação nos serviços, como é que se vai garantir que os cuidados são prestados tendo em conta os conhecimentos científicos mais atuais? Se não forem disponibilizadas plataformas informáticas que possibilitem o registo, a análise e a partilha de dados relativa às intervenções de enfermagem, como é que vamos caracterizar os cuidados e promover a evolução da profissão? Por último, se não se considerar a opinião do doente e/ou da família, como é que se consegue garantir que o ambiente é adequado à prestação de cuidados e está a ser dado um suporte que favoreça os processos de transição saudáveis?

No meu ponto de vista, o enfermeiro especialista, pelo conhecimento aprofundado ao nível da teoria e da gestão dos cuidados, quando em posição diferenciada no seio de uma equipa, como é o caso da gestão de turno, deve fazer uso das suas competências para garantir que são prestados os melhores cuidados, através das melhores práticas.

Neste ponto, é importante distinguir o Perito, defendido por Patrícia Benner, como um profissional orientado para uma prática consciente, objetiva e concreta, com capacidade de avaliar globalmente as situações do contexto e intervir antecipadamente, detentor de um entendimento intuitivo dos problemas, tomando decisões fundamentadas, certas e seguras, tendo em conta as competências adquiridas, como um profissional igualmente capaz de gerir um serviço e uma equipa (Benner, 2001).

Ainda assim, acredito que é o acrescento às capacidades do Perito das competências do especialista, que o enfermeiro se torna mais capacitado para a procura da qualidade dos cuidados, procurando de um modo contínuo a resposta a questões da prática que não só influenciam um serviço em particular, como têm potencial para promover a evolução e a visibilidade da profissão.

Com isto, não significa que o “gestor” tenha de conhecer todos os indicadores de qualidade que são considerados numa UCI, mas se reconhecer, defender e promover o cumprimento dos que dependem da sua prática, já acredito que seja uma vantagem do exercício das suas funções, enaltecendo a profissão.

As ferramentas de auditoria que se apresentam em anexo e que já foram alvo de discussão em parágrafos anteriores, constituem instrumentos valiosos aos gestores de

turno de modo a que, em última análise, se promova a melhoria das práticas. Estes instrumentos, apesar de considerarem maioritariamente indicadores de taxas de infeção, é ao nível das taxas de cumprimento dos feixes de intervenção que têm potencial de auxiliar a prática dos enfermeiros responsáveis (Direção-Geral da Saúde, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2015b; Direção Geral de Saúde, 2017a).

Neste sentido, e aproveitando para realçar a necessidade de aumento da cultura de segurança do ambiente interno, evidenciada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015), mais especificamente ao nível da dimensão 12, é preciso que essa função de gestão do enfermeiro não seja considerada como uma simples identificação de erros, de modo a punir um qualquer profissional. Afinal, estes instrumentos servem para caracterizar cuidados e identificar os riscos que podem comprometer a qualidade das práticas, realçando a necessidade de intervenção.

A auditoria, enquanto parte integrante dos programas de promoção da qualidade, surge definida pela DGS como um processo sistemático, independente e documentado com vista a obter evidência objetiva acerca do cumprimento de requisitos que se pretende avaliar (Direção-Geral da Saúde, 2017) e em enfermagem tem-se assumido como uma ferramenta fundamental para validar a qualidade dos cuidados que são prestados (Garcia, Ferreira, Silva, 2018).

Apesar da bibliografia reconhecer a existência de diferentes tipos de auditoria, distinguidas com base na finalidade do processo, tem sido consensual a capacidade dos profissionais de saúde para a realização de auditorias operacionais, no que concerne ao âmbito da sua atuação (Garcia, Ferreira, Silva, 2018).

A própria DGS reconhece que devem fazer parte das características de um auditor a qualificação, o domínio técnico e a experiência (Direção-Geral da Saúde, 2017), características essas que, a meu ver, certamente se coadunam com a escolha de um enfermeiro, perito e especialista, para coordenar um turno numa UCI.

Apesar dos benefícios comprovados para a segurança dos doentes e para qualidade dos cuidados, decorrentes das auditorias (Fontes, Santos, Melo, et al., 2018) e dos programas de melhoria da qualidade (Caldana, Hirotoni, Gabriel, et al, 2018), estes processos podem nem sempre ser bem recebidos pelos profissionais encarregues dessa função.

Um estudo de caso, desenvolvido num hospital brasileiro acreditado, faz referência a um suposto sofrimento moral por parte dos enfermeiros que desenvolvem este tipo de funções, pela contradição entre os valores da instituição, que lhes impõe um trabalho mais burocrático, e os seus valores profissionais, que os incentiva a prestar cuidados diretos

aos doentes (Caram, Brito, Peter, 2018). Apesar destes resultados não poderem ser generalizados, não deixam de me despertar alguma atenção para uma área que pode influenciar efetivamente a satisfação profissional, a qualidade dos cuidados e, até mesmo, a eficácia com que se desenvolve determinada função, no seio de uma equipa.

Na realidade, a enfermagem é um ser, estar, pensar, fazer, acontecer e transformar, sendo única para cada enfermeiro (Lacerda, 1998). Haverá sempre quem tenha necessidade de se provar no contato direto, assim como quem se sinta realizado com uma contribuição (in)direta para a qualidade dos cuidados. O respeito pela liberdade e pela autonomia do enfermeiro deve ser sempre um fator intrínseco no processo de seleção para o desenvolvimento de funções gestão. Afinal, o enfermeiro, segundo os padrões de qualidade, enquanto pessoa, continua a ser provido de valores, crenças e desejos de natureza individual (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e segundo a deontologia profissional tem o direito de exercer livremente a profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Para finalizar, e uma vez que continuamos numa perspetiva de enfermagem, gestão e qualidade, é importante realçar a importância dos sistemas de informação neste processo de colheita, registo, análise e intervenção.

Efetivamente, os sistemas de informação (SI) em saúde, enquanto instrumentos de recolha, processamento, armazenamento e transmissão de informação visam o apoio à tomada de decisão, contribuindo não só para o processo de gestão adequado ao nível das organizações de saúde (Benito & Licheski, 2009; Marin, 2010; Cavalcante et al., 2011, citados por Vieira, 2018), mas também para a melhoria da prestação de cuidados pelos profissionais, pelo acesso rápido e eficaz à informação de qualidade (Benito & Licheski, 2009, Jesus e Sousa, 2011, citados por Vieira, 2018).

No que se refere especificamente ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, os SI de informação têm dado os seus contributos na vigilância epidemiológica das infeções e das resistências, permitindo não só uma partilha e análise destes dados à escala nacional e internacional, como conduzindo a intervenções de controlo que se têm mostrado eficazes (Direção Geral de Saúde, 2017b; Direção-Geral da Saúde, 2013).

Afinal, se não fosse o registo, a análise e a partilha, não tínhamos conhecimento acerca da situação atual da infeção, das resistências ou mesmo dos resultados das medidas implementadas face a problemas identificados.

4. Um processo de auditoria

Durante a minha passagem pela UCI, face à necessidade de desenvolvimento de competências teórico práticas de especialista e mestre em enfermagem médico cirúrgica, procurei a melhoria da qualidade dos cuidados pela utilização de instrumentos disponibilizados pela DGS, como é o caso dos instrumentos de auditoria às PBCI, CVC e PAI, com vista a identificar possíveis problemáticas que pudessem ser alvo de intervenção.

Previamente à apresentação dos dados torna-se necessário referir que estas auditorias foram realizadas em momentos aleatórios ao longo do período de estágio, com recurso à observação e tendo em conta as experiências disponibilizadas pelos serviços. No total, tive assim oportunidade de realizar 2 auditorias de PBCI, 2 relativas à colocação e manuseamento do CVC e 4 relativas à PAI, com a colaboração do enfermeiro especialista que assumiu a chefia do respetivo turno.

De seguida serão apresentados os resultados encontrados.

Critério	Número de observações	Índice Conformidade
1 - Colocação dos doentes	2	50%
2 - Higienização das mãos	2	100%
3 - Etiqueta respiratória	2	100%
4 – Utilização de epi	2	75%
5 - Tratamento do equipamento clínico	2	75%
6 – Controlo ambiental	2	50%
7– Manuseamento seguro da roupa	2	66%
8 – Recolha segura de resíduos	2	50%
9 – Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	2	100%
10 – Exposição de risco no local de trabalho	2	50%

Tabela 2 - Resultados da auditoria às PBCI, segundo a Norma 029/2012 da DGS (Direção Geral de Saúde, 2012)

No que se refere às PBCI, tendo em conta os resultados da auditoria que estão apresentados na Tabela 2, foi possível verificar, no que respeita à colocação de doentes,

que apesar dos infetados serem identificados aquando da entrada na unidade, que a sua colocação nem sempre tem em consideração o risco de transmissão. Na realidade, os doentes são alocados a uma unidade que esteja disponível no momento, sendo posteriormente identificados com uma figura ilustrativa do tipo de precaução necessária, tendo em conta a via de transmissão de agente infeccioso. Neste ponto, a estrutura da unidade, no que se refere à falta de quartos de isolamento até pode ser justificativa desta situação, mas tal como foi observado numa das unidades, quando não é possível adequar a colocação do doente, pelo menos que se criem barreiras físicas entre os mesmos, como é o caso de se correr cortinas ou colocar biombos, no sentido de intensificar as medidas de barreira e potenciar a visibilidade/atenção àquela situação.

A higiene das mãos, por sua vez, apesar de não ter sido um tema aprofundado ao longo deste trabalho, acaba por ser um tema transversal a toda a reflexão, como a medida mais importante, eficaz, simples e económica de prevenir as IACS (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A estratégia multimodal da higiene das mãos surgiu tendo em consideração as recomendações internacionais e assume caráter obrigatório a partir da Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, desde 2010, determinando o momentos e requisitos para uma higienização adequada (Direção Geral de Saúde, 2010).

Segundo esta norma, são assim definidos como momentos obrigatórios de higienização os seguintes: (1) antes do contacto com o doente; (2) antes de procedimentos limpos/assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; (4) após contacto com o doente e (5) após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Apesar da auditoria ter demonstrado o cumprimento de todos os tópicos relacionados com tema, no que se refere à disponibilidade de produtos e à existência de estratégias de sensibilização, não significa que todas as condicionantes relacionadas com a correta higiene das mãos se verifiquem. O cumprimento das unhas, os vernizes, e os adornos, apesar de contemplados no descritivo com categoria IA e II, quanto ao grau de evidencia, não são avaliados ao nível da tabela disponibilizada pela DGS (Direção Geral de Saúde, 2012).

Havendo necessidade de garantir o cumprimento de requisitos que distingam a lavagem da desinfeção alcoólica, assim como os relativos à própria técnica, tive conhecimento que são diversos os momentos de sensibilização e monitorização que os profissionais da instituição têm vindo a ser sujeitos. Foi através de uma visita à comissão de controlo de infeção da instituição que fui informado que o foco da sua atenção tem

sido as mãos dos profissionais, sendo realizados vários períodos de acompanhamento e auditoria ao longo do ano.

A etiqueta respiratória, enquanto um conjunto de medidas a ser implementadas para minimizar a transmissão de agentes infecciosos por gotícula ou via aérea (Direção Geral de Saúde, 2012), constituiu mais um momento de avaliação positivo ao se verificar, não só comportamentos preventivos por parte dos profissionais relativamente aos doentes ou às visitas, mas por haver informação escrita de fácil acesso a alertar para pertinência do tema.

A utilização de EPI constituiu mais um momento de avaliação ao nível da auditoria das PBCI e, tendo em conta os resultados obtidos, apenas carece de ser realçado que os mesmos podiam, não só estar mais próximos do local de utilização como estar armazenados em locais que fossem higienizados com mais frequência. A questão relacionada com a proximidade do local foi muitas vezes uma dificuldade durante a prestação de cuidados numa das unidades, uma vez que tornava mais difícil o processo de substituição de algumas EPI durante, por exemplo, os cuidados de higiene.

No que se refere ao tratamento do equipamento clínico, contemplado na norma de PBCI, tenho apenas a realçar, no que se refere aos pontos solicitados para avaliação ao nível da auditoria, que não foram observadas as recomendações do fabricante para a descontaminação dos diversos equipamentos clínicos disponíveis nas unidades. Apesar de disponíveis, ainda que pouco acessíveis, as normas gerais para desinfeção das unidades nem sempre contemplam o equipamento, havendo possibilidade de danos. Não posso terminar este ponto sem referenciar os tempos de atuação dos produtos, que apesar de não serem um ponto avaliado na auditoria, carecem maior atenção por parte dos profissionais.

O controlo ambiental, em certa parte relacionado com tópico anterior, referencia a necessidade de se assegurar uma área clínica segura para os cuidados, garantindo condições de estrutura e processo para que se atinjam os resultados. Da auditoria realizada é de realçar que o ambiente de trabalho deveria estar livre de objetos desnecessários, assim como haveria de estar disponível um protocolo específico de limpeza e desinfeção para o caso de derrames de matéria orgânica.

O manuseamento da roupa constituiu mais um foco de atenção durante a minha passagem pelas unidades e nos períodos de auditoria, realçando-se a necessidade da mesma ser recolhida mais próximo ao local de utilização. Por diversas vezes foi necessária a deslocação dos profissionais a uma zona central da sala, onde se encontrava o contentor para eliminar os sujios.

No que se refere à recolha segura de resíduos, foram novamente verificadas dificuldades com os contentores, não só pela sua distancia ao local de produção, no que se refere aos contentores de cortantes, por exemplo, mas também relativamente ao facto de muitas vezes não permitirem uma abertura sem a utilização das mãos.

Por último, no que se refere à exposição de risco no local de trabalho, foi verificado desconhecimento de alguns profissionais no que refere ao processo de atuação perante situações de risco por exposição a fluidos orgânicos, nomeadamente no concerne à importância e necessidade de referenciação, aquando da exposição.

Critério	Número de observações	Índice Conformidade
Colocação		
Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar cateter venoso central, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente	2	100%
Existe evidência de que é realizada por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros, preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara): higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele; preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes; técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara	2	0%
Existe evidência de que no doente é realizada antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central: fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos; usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente	2	100%
Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra totalidade da sua superfície corporal	2	0%
Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral	2	50%
Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; inexperiência do operador para acesso subclávio	2	100%
Existe evidência de que no doente é utilizada técnica asséptica na realização do penso: garantia do local de introdução limpo e	2	100%

sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso		
Manutenção		
Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente	2	100%
Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central no doente	2	100%
Existe evidência de que a nível do cateter venoso central no doente, são descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril	2	0%
Existe evidência de que na realização de penso no doente é: garantido orifício de inserção e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso	2	100%
Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente	2	100%

Tabela 3 - Resultados da auditoria ao CVC, segundo a Norma 022/2015 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2015b)

A auditoria relativa ao CVC constituiu mais um dos focos de observação ao longo deste estágio, tendo sido possível observar dois momentos relativos à colocação e manuseamento do cateter, tendo em consideração as diretivas do modelo de auditoria da DGS. Neste ponto, tendo em conta as observações efetuadas e registadas na Tabela 3, foi possível evidenciar como pontos críticos a não utilização de touca ou de um campo estéril de corpo inteiro durante o procedimento de colocação, mesmo quando fornecido pelos enfermeiros à equipa médica. No que se refere à colocação de um acesso femoral foi verificado que o motivo não foi registado, tal como é fortemente recomendado na documentação de suporte. Por sua vez, no que respeita à manutenção, o único reparo diz respeito ao não cumprimento do tempo de atuação do desinfetante, previamente à manipulação do acesso.

Critério	Número de observações	Índice Conformidade
Existe evidência de que na pessoa é efetuada revisão, redução e, se possível, a paragem diária da sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentado no processo clínico.	4	100%
Existe evidência de que na pessoa é efetuada discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico.	4	100%
Existe evidência de que na pessoa é mantida a cabeceira do leito em ângulo 30°, evitando momentos de posição supina, sendo realizada auditoria diária ao cumprimento desta medida, registado no processo clínico.	4	50%
Existe evidência de que na pessoa é realizada higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3x/dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48h e documentar no processo clínico.	4	100%
Existe evidência de que na pessoa são mantidos os circuitos ventilatórios, sendo substituídos apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes.	4	100%
Existe evidência de que na pessoa a pressão do balão do tubo endotraqueal é mantida entre 20 e 30 cmH2O.	4	75%

Tabela 4 - Resultados da auditoria à PAI, segundo a Norma 021/2015 da DGS (Direcção-Geral da Saúde, 2017)

No que se refere à auditoria da PAI, tendo em conta os resultados da Tabela 4 tive oportunidade de concluir que em metade das observações não se verificou o cumprimento da elevação da cabeceira da cama a 30°, assim como em várias unidades não estava disponível o instrumento de medição da pressão de cuff, fazendo-se a avaliação à base do toque e da presença de fuga.

Apesar destes resultados não terem valor estatístico, não deixam de dar uma ideia acerca da realidade dos cuidados em determinadas unidades, despertando potencialidades de melhoria. Afinal, se não fosse a partilha de resultados que se tem assistido ao longo dos anos, não se notaria a necessidade de intervenção em determinadas áreas dos cuidados assim como não se evoluiria em prol da melhoria.

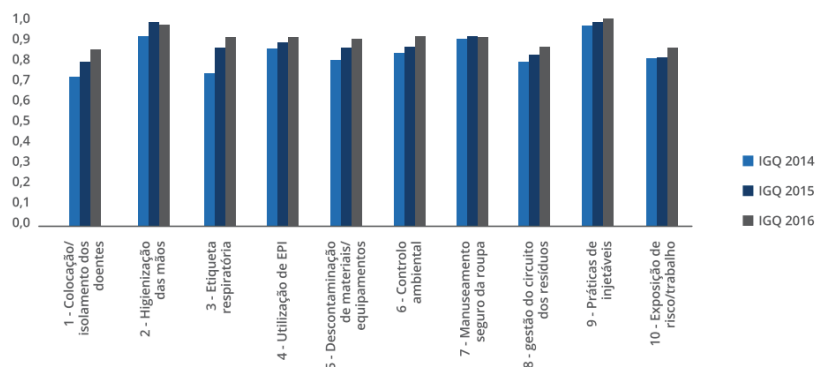
A Tabela 5 é um exemplo dos contributos da partilha de informação e traduz a problemática da infeção associada a dispositivos médicos na altura em que se criou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, verificando-se a elevada percentagem de mortes associada a esses dispositivos.

IACS associadas a dispositivos invasivos como diagnósticos secundários		2009	2010	2011	2012	2013
Infecção urinária associada ao Cateter Urinário (CID9: 996.64)	Utentes saídos	503	443	514	396	516
	Óbitos	70	80	86	58	86
	Percentagem de óbitos	13,9%	18,1%	16,7%	14,6%	16,7%
Infecção urinária associada a urostomia (CID9: 997.5)	Utentes saídos	512	557	453	475	402
	Óbitos	126	128	99	89	83
	Percentagem de óbitos	24,6%	23,0%	21,9%	18,7%	20,6%
INCS associada ao Cateter Venoso Central (CID9: 999.31; 999.32; 995.91; 038.9)	Utentes saídos	6210	7158	8416	10014	11367
	Óbitos	2491	2709	3129	3815	4310
	Percentagem de óbitos	40,1%	37,8%	37,2%	38,1%	37,9%
Pneumonia associada a Ventilador (CID9: 997.31)	Utentes saídos	26	193	249	289	400
	Óbitos	6	56	69	98	127
	Percentagem de óbitos	23,1%	29,0%	27,7%	33,9%	31,8%

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2014.

Tabela 5 - Percentagem de óbitos associados à infeção por dispositivos invasivos, Portugal Continental, 2009-2013 (Direção-Geral da Saúde, 2014)

Já o Gráfico I reflete eficácia das medidas de vigilância e acompanhamento implementadas ao longo dos anos, no que se refere às PBCI e a Tabela 6 aos resultados obtidos com a implementação de estratégias ao controlo da infeção relacionada com os dispositivos.



Fonte: PPCIRA/DGS. Dados Globais Plataforma das PBCI, Auditorias. 2016

Gráfico 1 – Índice global nacional de qualidade das dez áreas das PBCI, em Portugal entre 2014 a 2016 (Direção Geral de Saúde, 2017b)

	Pneumonia associada à intubação endotraqueal (PAI)	Infeção relacionada com cateter(CSR/CVC) por 1000 dias de CVC, em UCI adultos
2008	11,2	2,1
2009	10,6	2,2
2010	8,7	1,4
2011	8,6	1,5
2012	8,7	1,0
2013	7,4	1,3
2014	7,1	1,9
2015	8,4	1,3
2016	7,1	0,9

Fonte: DGS/PPCIRA: Programa de Vigilância Epidemiológica nas UCI (Helics-UCI)

Tabela 6 – Taxa de incidência de infeções associadas a dispositivos nas UCI entre 2008 e 2016 (Direção Geral de Saúde, 2017b)

No meu ponto de vista, é a partir das melhorias identificadas através das intervenções a que temos sido sujeitos, nomeadamente pela implementação das auditorias e dos feixes de intervenção, que os gestores podem avaliar e intervir, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, ao longo do tempo.

5. Propostas de melhoria

Após este período de pesquisa, análise e reflexão sobre as problemáticas, urge a necessidade de apresentar propostas, que não só tenham potencial de melhorar os cuidados como de reduzir os riscos que lhes estão associados.

Assim, tendo em consideração as experiências vivenciadas ao longo do estágio, são apresentadas como propostas gerais de melhoria:

- desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação diária das práticas, a serem utilizados pelos chefes de turno;
- potenciação do envolvimento dos chefes de turno no processo de gestão da qualidade dos serviços, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados dos restantes profissionais;
- reforço dos ensinamentos, através de momentos de formação regulares, acerca das PBCI, CVC e PAI, para todos os profissionais;
- disponibilização aos profissionais das normas DGS relativas às PBCI e aos feixes de intervenção do CVC, CU e PAI, para consulta no serviço, sempre que necessário;
- promoção do envolvimento dos profissionais do serviço, no estabelecimento de estratégias para a melhoria da qualidade, através da apresentação dos indicadores de qualidade que são considerados na sua atividade.

Os instrumentos de avaliação diária foram construídos tendo em conta as considerações teóricas e os requisitos dos responsáveis de serviço, encontrando-se em apêndice deste trabalho (Apêndice I).

6. Conclusão

A procura pela qualidade dos cuidados tem constituído ao longo dos anos um importante foco de investimento à escala mundial. As consequências singulares ou coletivas, para doentes ou organizações, tem realçado a pertinência da temática, nomeadamente no concerne ao controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

A partilha de informações à escala internacional, relacionada com as taxas infeções e resistências, tem possibilitado um cada vez maior aprofundamento de conhecimentos, que têm culminado em diversas medidas de contenção.

Face a uma população cada vez mais frágil e a técnicas cada vez mais complexas e invasivas, urge a necessidade de repensar os cuidados, na procura pela melhoria das práticas.

As UCI, sendo ambientes exigentes em termos de recursos humanos e materiais, processos e estruturas, implicam profissionais vocacionados para um modelo de gestão que tenha a capacidade de considerar e equilibrar todas as variáveis que afetam os cuidados.

A especialidade em enfermagem, pelo aprofundamento de competências ao nível da qualidade e da gestão dos cuidados, constitui um benefício incomensurável não só para a melhoria dos cuidados nos serviços, mas para a própria evolução da profissão.

7. Referências Bibliográficas

- ALARCÃO, I. (1996) *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.
- ALLEGIANZI, Benedetta, NEJAD, Sepideh Bagheri, COMBESCURE, Christophe, GRAAFMANS, Wilco, ATTAR, Homa, DONALDSON, Liam and PITTET, Didier. (2011) Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [online]. Vol. 377, no. 9761, p. 228–241. DOI 10.1016/S0140-6736(10)61458-4.
- BENNER, P. (2001) *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- BRANDÃO, Sandra Cristina. (2016) *DA GESTÃO INTERMÉDIA À GESTÃO DE TOPO*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- CALDANA, Graziela, HIROTANI, Leticia Cristina, GABRIEL, Carmen Silvia, SILVA, Larissa Gutierrez de Carvalho and BERNARDES, Andrea. (2018) Instrumentos Para Avaliação De Resultados De Programas De Melhoria Da Qualidade: Revisão Integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* [online]. Vol. 32, p. 1–14. DOI 10.18471/rbe.v32.22292. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22292>
- CAMARGO, Carlos A., TSAI, Chu Lin, SULLIVAN, Ashley F., CLEARY, Paul D., GORDON, James A., GUADAGNOLI, Edward, KAUSHAL, Rainu, MAGID, David J., RAO, Sowmya R. and BLUMENTHAL, David. (2012) Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 60, no. 5, p. 555–563.e20. DOI 10.1016/j.annemergmed.2012.02.018.
- CARAM, Carolina da Silva, BRITO, Maria José Menezes and PETER, Elizabeth. (2018) Acreditação hospitalar: A excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. *Enferm. Foco*. Vol. 1, no. 1, p. 31–35.
- DIAS, Daniela Filipa Freitas. (2014) Indicadores De Qualidade Para a Melhoria Da Prestação de Cuidados de Enfermagem. [online]. Available from: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18348/1/Relatório_mestrado_danielafinal.pdf
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2013) Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Orientações Programáticas. [online]. P. 1–5. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2014) Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números-2014. [online]. P. 53. DOI 2184-1179. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015a) Norma 020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. . P. 1–12.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015b) *Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.*

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2016) *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015.* [online]. P. 1–43. DOI 2184-1179. Available from: www.dgs.pt

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017) *Orientação 002/2017 - Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde.* . P. 1–15.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2011) *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final.* P. 142.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2010) *Circular Normativa Nº 13 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.* . Vol. 1, p. 44.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2012) *Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).* . P. 1–26.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2017a) *Norma nº 019/2015 - Feixe de intervenções de prevenção de ITU associados a cateter vesical.* . P. 1–12.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2017b) *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.* . Vol. 8, p. 24.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017) *Norma 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (atualização 30/05/2017).* . P. 1–13. DOI 10.1016/j.cej.2018.04.073.

DONABEDIAN, A. (2003) *An Introduction to Quality assurance in Health Care.* New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.

FERNANDES, O. (2007) *Entre a Teoria e a Experiência - Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no Hospital no curso de licenciatura.* Loures: Lusociência.

FONTES, Suzana Vieira Martins, SANTOS, Yasmin de Jesus, MELO, Ingrid Almeida and ET AL. (2018) *AUDITORIA EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE QUALIDADE PARA SAÚDE : Ciências Biológicas e de Saúde Unit* [online]. Vol. 5, no. 1, p. 13–24. Available from: periodicos.set.edu.br

FORDYCE, James, BLANK, Fidela S J, PEKOW, Penelope, SMITHLINE, Howard A, RITTER, George, GEHLBACH, Stephen, BENJAMIN, Evan and HENNEMAN, Philip L. (2003) *Errors in a Busy Emergency Department.* . No. September. DOI 10.1067/mem.2003.271.

GARCIA, Thayse Tobar, FERREIRA, Wellington Fernando da Silva and SILVA, Alice da. (2018) *Processo de auditoria em enfermagem e suas dimensões na assistência ao paciente: uma revisão sistemática de literatura. C&D-Revista Eletrônica da FAINOR.* Vol. 11, no. 1, p. 1–30.

- HEALTH PROTECTION SCOTLAND. (2014) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a urinary catheter insertion quality improvement tool? . No. September, p. 1–34.
- KOHN, Linda T, CORRIGAN, Janet M and DONALDSON, Molla S. (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington, D.C.: National Academies Press. ISBN 978-0-309-26174-6. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
- LACERDA, Maria Ribeiro. (1998) ENFERMAGEM: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. *R. Bras. Enferm. Brasilia* [online]. Vol. 51, no. 2, p. 207–216. DOI 10.1300/J002v37n03_02. Available from: https://search.proquest.com/docview/199572670?accountid=9869%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%253Aassia&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Marria
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004a) Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010. [online]. P. 18. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004b) Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. *Direcção-Geral da Saúde*. Vol. 2. DOI <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015) *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* [online]. Portugal. Despacho n.º 1400-A/2015. ISBN 2611036357. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- NHS SCOTLAND/INFECTION CONTROL. (2014) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a central vascular catheter (CVC) insertion care quality improvement tool? . No. September, p. 1–30.
- NHS SCOTLAND/INFECTION CONTROL. (2016) What are the key infection prevention and control recommendations to inform a minimising ventilator associated pneumonia (VAP) quality improvement tool? . No. July, p. 1–15.
- OPSS. (2018) Relatório de Primavera 2018 do OPSS - Meio Caminho Andado. [online]. No. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>, p. 188. Available from: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual dos enunciados descritivos. . No. Dezembro, p. 1–24.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)* [online]. P. 16. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011) Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro*. P. 40918–40920.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015a) *Deontologia Profissional de Enfermagem*. ISBN 9789898444301.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015b) Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2ª série - Nº48 de 10 de Março*. P. 5948–5952.

SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues, DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz, NOVELLI, Meire Cristina e Castro, SPIRI, Wilza Carla and NUNESI, Hélio Rubens de Carvalho. (2017) Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 70, no. 5, p. 993–999. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0427>.

SOUSA, Ana Sabrina, FERRITO, Cândida and PAIVA, José Artur. (2017) Intubation-associated pneumonia: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. Vol. 44, p. 45–52. DOI 10.1016/j.iccn.2017.08.003. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.003>

VIEIRA, Susana Maria da Cunha. (2018) *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem. Universidade do Minho.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002a) Quality of care : patient safety. Report by the Secretariat. *Fifty-With world Health Assembly* [online]. No. A55/13, p. 1–6. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002b) Quality of care: patient safety. [online]. No. May, p. 2. DOI WHA55.18. Available from: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003) Quality of care : patient safety. *World Health Organization*. Vol. 113th Sess, no. Provisional agenda item 8.6 EB113/37, p. 1–6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009) The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. Available at: <http://www.who.int/patientsafety/> ... [online]. Vol. 1, no. January, p. 154. DOI WHO/IER/PSP/2010.2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011) Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care. *World Health Organization*. P. 1–40.

Anexos

**Anexo I - Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo
da Infeção (PBCI)**

NÚMERO: 029/2012

DATA: 29/12/2012

ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013

ASSUNTO:	Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)
PALAVRAS-CHAVE:	Infecção
PARA:	Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite na área da qualidade organizacional a Norma seguinte:

1. Os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde:
 - a) garantem a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde, o que também inclui os profissionais das empresas de prestação de serviços;
 - b) asseguram que:
 - todos os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção;
 - todos os profissionais têm acesso às normas existentes;
 - estão disponíveis todos os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas (ver Anexos 1 a 5).
 - c) definem, em documento escrito e, de acordo com a especificidade de cada serviço, a periodicidade respetiva para realização de auditoria interna.
2. A área de prevenção e controlo de infeção está incluída nos planos de atividades do serviço e na avaliação de desempenho dos profissionais da Unidade de Saúde.
3. É efetuada e registada a avaliação dos níveis de risco relativos aos procedimentos com risco acrescido de exposição, a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos (ver Anexo 6) e definido um plano com as ações de melhoria para o controlo dos riscos identificados.
4. Todos os profissionais reportam por escrito ao superior hierárquico as falhas de *stock* dos equipamentos de proteção individual (EPI), as deficiências detetadas nestes equipamentos, ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção.

5. Na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão e, deve ser regularmente atualizada, de acordo com a situação clínica, servindo de orientação à decisão da colocação do doente e/ou tipo de isolamento, se necessário (metodologia da responsabilidade de cada unidade de saúde). (*Categoria IB - 1-3*).
6. A utilização de EPI proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos doentes e visitantes em circunstâncias específicas. Os EPI devem:
 - a) estar disponíveis junto ao local de utilização;
 - b) estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação (cumprir os prazos de validade);
 - c) ser de uso único, a não ser que o fabricante especifique o contrário;
 - d) no caso de artigos reutilizáveis, haver um programa de descontaminação estabelecido e a responsabilidade do seu cumprimento deve estar claramente definida.
7. Os responsáveis máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde garantem a existência de:
 - a) procedimentos internos para a descontaminação do equipamento clínico;
 - b) protocolos internos de controlo ambiental:
 - i. os procedimentos para limpeza devem definir quem é o responsável pelo procedimento, a frequência com que é executado e o método a utilizar;
 - ii. todos os serviços têm que ter afixados os horários e frequência da limpeza, e, conhecer de quem são as responsabilidades específicas no processo.
 - c) procedimentos para o manuseamento seguro da roupa usada:
 - i. o horário para a recolha da roupa suja deve ser estabelecido no sentido de assegurar as necessidades de cada serviço.
 - d) procedimentos para a recolha segura de resíduos, definidos de acordo com o Despacho do Ministério da Saúde n.º 242/96, de 05 de julho;
 - e) procedimentos para as práticas seguras de injeção (orientações da OMS);
 - f) procedimentos para a gestão da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.
8. As PBCI são compostas por 10 itens que se apresentam numa abordagem global. Cada um dos itens será objeto, posteriormente, de uma orientação mais específica e detalhada.

9. Os anexos referentes à presente Norma englobam os instrumentos para avaliação do seu cumprimento.
10. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
11. A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/12/2012 e será atualizada, sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

- A. Na admissão à unidade de saúde (US), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção.
- B. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

1. Colocação de doentes

- a. doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada (p.ex. sintomas de diarreia), devem ser colocados num local que minimize esse risco (p.ex. quarto individual). *Categoria IB*⁴⁻⁶.
- b. deve evitar-se as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços. *Categoria II*.

2. Higiene das mãos

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados*.

Antes de proceder à higiene das mãos:

- a. as unhas devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos; *Categoria IA*
- b. os adornos devem ser removidos (incluindo a aliança); *Categoria II*
- c. os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável;
- d. expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas - até aos pulsos).

Quando higienizar as mãos?

- a. antes do contacto com o doente; *Categoria IB*

- b. antes de procedimentos limpos/assépticos; *Categoria IB*
- c. após o risco de exposição a fluidos orgânicos; *Categoria IA*
- d. após contactar com o doente ou com a sua unidade; *Categoria IB*
- e. após a remoção de EPI. *Categoria IB*
- f. para a higienização das mãos devem ser utilizadas soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) com emoliente da pele, que devem estar disponíveis em local próximo de cada doente (ambiente do doente/ambiente envolvente deste). *Categoria IA*
- g. se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e, no caso de procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais (confirmação ou suspeita-ex: *C. difficile*), as mãos devem ser lavadas com água e sabão. *Categoria IB*

Cuidados com a pele das mãos

Deve ser aplicado creme dermoprotetor durante as pausas e após o final do turno; *Categoria IA*

Na seleção de cremes para a hidratação das mãos, deve-se observar que:

- a. não devem interferir com a atividade do antisséptico; *Categoria IB*
- b. não devem afetar a integridade das luvas; *Categoria II*
- c. as embalagens devem ser preferencialmente individualizadas.

3. Etiqueta respiratória

A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas individuais a cumprir por doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral, destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas: *Categoria IB*^{1, 7-9}.

- a. cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- b. utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;
- c. em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas, e a consequente contaminação das mãos;
- d. higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- e. evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.

Os profissionais de saúde promovem a aplicação de medidas de etiqueta respiratória junto de todos os utentes, e de todas as pessoas que entram na unidade de saúde. Devem ainda, ajudar os

*Circular Normativa nº 13/DOS/DSD de 14/06/2010 da DGS – “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”

que necessitam de apoio (ex. idosos, crianças) no seu cumprimento, fornecendo toalhetes, recipientes para os conter, SABA ou acesso a lavatório. *Categoria II*^{1, 8-10}.

Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade (sazonalidade), os profissionais de saúde devem oferecer máscara cirúrgica aos indivíduos sintomáticos que acedam à unidade de saúde. *Categoria IB*^{62, 63}.

4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Os EPI devem proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar:

4.1. As luvas devem ser:

- a. adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam; *Categoria IB*^{11, 13-17}
- b. usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos; *Categoria IB/IC*^{15, 18}
- c. removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento (o seu uso não substitui em nenhuma circunstância, a higiene das mãos); *Categoria IB*^{11, 18-20}
- d. substituídas, se há perfuração ou rotura;

Pode estar indicado o uso de luvas duplas nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (p.ex. cirurgias ortopédicas, urológicas ou ginecológicas).

4.2. Os aventais devem ser:

- a. utilizados durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente; *Categoria II*²¹⁻²³
- b. utilizados para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação; *Categoria II*²¹⁻²³
- c. substituídos no final do procedimento e entre doentes (p.ex.: entre os cuidados de higiene e a realização de penso de ferida). *Categoria II*²¹⁻²³

4.3. As batas de manga comprida devem ser:

- a. usadas quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos; *Categoria IB/IC*²⁴⁻²⁶
- b. substituídas no final do procedimento e entre doentes. *Categoria IB/IC*^{1, 15, 27, 28}

Não há evidência que suporte o uso de bata por rotina, ao entrar em Unidades de Alto Risco (p.ex Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neonatais, Unidades de Transplantes) como forma de prevenção da infeção; *Categoria IB* ³⁰⁻³³

4.4. A proteção ocular/ facial (óculos ou máscara com viseira) deve ser:

Usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e, sempre durante procedimentos geradores de aerossóis (ex entubações traqueais, endoscopias brônquicas, sessões de balneoterapia); Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada. *Categoria IB/IC* ^{15, 35-37}

4.5. A máscara cirúrgica deve ser:

- a. usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória; *Categoria IB* ²¹⁻²³
- b. bem ajustada à face (cobrindo totalmente a boca e o nariz) e adequada à finalidade;
- c. removida e substituída:
 - no final do procedimento;
 - quando a integridade da máscara estiver comprometida p.ex. acumulação de humidade ou contaminação significativa;
 - de acordo com as instruções do fabricante.

4.6. O calçado deve ser:

- a. antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material cortoperfurante; *Categoria II* ^{38, 39}
- b. removido antes de sair da área específica (p.ex. Bloco Operatório).

4.7. A cobertura do cabelo deve ser:

- a. bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;
- b. utilizada nas áreas protegidas (bloco operatório, zona limpa da central de esterilização e cozinha) e durante procedimentos assépticos (p.ex. colocação de cateter vascular central); *Categoria IA* ^{40, 41}
- c. utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos (ex. sessões de balneoterapia, partos, autópsias)
- d. substituída/eliminada entre sessões ou, se estiver contaminada com fluidos orgânicos.


5. Descontaminação do Equipamento Clínico

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos e, de forma indireta, contribuir para a transmissão cruzada, através das mãos dos profissionais que os podem veicular entre doentes, durante os procedimentos. Este equipamento também pode constituir fonte de infeção se inadequadamente descontaminado.

5.1. As recomendações do fabricante devem ser consultadas, tanto na utilização, como nos métodos de descontaminação.

- a. os procedimentos de limpeza devem explicitar a frequência da sua execução, o método de descontaminação e quem é o responsável pelo procedimento;
- b. a descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada:
 - após contaminação com sangue e fluidos orgânicos; *Categoria IA* ⁴³⁻⁴⁵;
 - após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza; *Categoria II* ⁴⁶⁻⁴⁸
 - antes de inspeção, manutenção e reparação.

5.2. O equipamento clínico é classificado como:

- a. de uso único – A embalagem apresenta o respetivo símbolo  - usar uma vez e eliminar. *Categoria III/IC* ⁴²;
- b. de uso num único doente – pode ser reutilizado no mesmo doente;
- c. reutilizável – destinado a ser usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um doente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre doentes, e entre utilizações no mesmo doente.

6. Controlo Ambiental

6.1. Os gestores dos serviços asseguram que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que inclui a limpeza e manutenção ambiental.

6.2. Os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo.

6.3. O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, pelo que deve ser removido logo que possível, de forma segura, por profissionais treinados para o efeito, e de acordo com as normas instituídas. *Categoria IB/IC* ¹⁵

6.4. O ambiente de prestação de cuidados deve:

- a. estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza.
- b. encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação.
- c. ser limpo regularmente de acordo com as especificações - recomenda-se uma solução de detergente de uso geral em água quente. A solução deve ser diluída na altura do uso e de acordo com as indicações do fornecedor e, substituída com regularidade (no mínimo ao fim de 1 hora), na mudança de uma área para outra (entre cada quarto ou enfermaria) e quando se apresenta visivelmente suja.

6.5 Para as louças sanitárias devem usar-se produtos mistos (detergentes/desinfetantes) por exemplo à base de cloro.

7. Manuseamento Seguro da Roupa

7.1. Toda a roupa usada (também referida como roupa suja) deve ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento; Categoria IB/IC ⁴⁹⁻⁵¹.

7.2. A roupa limpa é acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados. As prateleiras devem ser de material lavável que suporte a limpeza e desinfeção (por ex. a madeira por ser porosa é desaconselhada).

7.3. Os sacos com roupa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, a fim de serem corretamente encerrados. Devem ser colocados num local apropriado e fechado, ao abrigo do calor, bem ventilado e inacessível a crianças e animais.

7.4. Toda a roupa usada deve:

- a. ser considerada como contaminada;
- b. se separada no local de produção, deve sê-lo, não pelo nível de contaminação (pois toda a roupa usada está contaminada) mas sim, de acordo com as características dos tecidos e respetiva sensibilidade ao calor (p.ex tecidos termosensíveis), ou outras características que requeiram tratamento especial (p.ex a roupa dos bebés por ser de dimensões reduzidas, os cobertores, robes);
- c. ser depositada de imediato após a remoção, em contentor que deverá estar disponível junto do local de produção. Categoria IC ¹⁵.

8. Recolha segura de resíduos

- 8.1. Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, e separados imediatamente de acordo com os grupos a que pertencem;
- 8.2. Depois de acondicionados no saco e/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados;
- 8.3. Tanto os sacos de recolha de resíduos, como os contentores de cortoperfurantes, não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento seguro. Enquanto estão em uso, os contentores que se encontrem junto do local de produção devem manter-se fechados (sistema de fecho intermédio); convém que sejam identificados no local de produção com a data de abertura e de encerramento definitivo.
- 8.4. Os contentores (reutilizáveis e com saco a forrar o seu interior) para recolha de resíduos junto ao local de produção, devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na preparação e administração de injetáveis deve-se:

- 9.1. usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril. *Categoria IA*^{56, 57}
- 9.2. não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas. *Categoria 1A*^{40, 58-60}
- 9.3. usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis. *Categoria IA*⁶⁰
- 9.4. se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis. *Categoria IA*^{56, 60}

10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

- 10.1. O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos.
Todo os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa. *Categoria IC*^{15, 52-55}

Considera-se exposição significativa:

- a. traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- b. exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou:
- c. exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.

NOTA: Pode ser consultada a publicação “Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos”, da autoria da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, acessível em: http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/norma_aes_2010.pdf

AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local ou regional e nacional, através de metodologia de processos (auditoria interna, fundamentada nos critérios da presente norma) e de resultados (dados dos programas de vigilância epidemiológica).
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma, é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

FUNDAMENTAÇÃO

- A. A presente Norma adapta à realidade portuguesa as mais sólidas recomendações do Reino Unido (janeiro de 2012*), e dos EUA (maio de 2011**) para as Precauções Básicas.
- B. As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “*não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco*”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes.
- C. As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

- D. As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, e, conseqüentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *MRSA*, *Acinetobacter* multirresistente, *entre outros*), estão indicadas medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às Precauções Básicas, mas não as substituem.

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Elaine Pina, Etelvina Ferreira, Teresa Amores, Susana Ramos e Maria Goreti Silva (coordenação científica).
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Síglas/ Acrónimo	Designação
EPI	Equipamento de proteção individual
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBCI	Precauções básicas de controlo de infeção
SABA	Solução antisséptica de base alcoólica
CCIRA	Comissões de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos

*Disponível em: <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ipcm-p-v1.0.pdf>

**Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-gl-standared-precautions.html>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hall CB. Nosocomial respiratory syncytial virus infections: the “Cold War” has not ended. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 3(2): 590-596.
2. Trick WE, Weinstein RA, et al Colonization of skilled-care facility residents with antimicrobial-resistant pathogens, *Journal American Geriatric Society* 2001; 49(3): 270-276.
3. Nicolle LE. Infection Control in long-term care facilities. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31(3): 752-756.

4. Chang VT, Nelson K. The role of physical proximity in nosocomial diarrhoea. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31(3): 717-722.
5. Byers KE, Anglim AM *et al.* A hospital epidemic of vancomycin-resistant *Enterococcus*: risk factors and control. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2001; 22(3): 140-147.
6. Ford-Jones EL, Mindorff CM *et al.* The incidence of viral-associated diarrhoea after admission to a pediatric hospital. *American Journal of Epidemiology* 1990; 131(4) 711-718.
7. CDC. Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep* 2004;53(RR-3):1-40.
8. Macartney KK, Gorelick MH, Manning ML, Hodinka RL, Bell LM. Nosocomial respiratory syncytial virus infections: the cost- effectiveness and cost-benefit of infection control. *Pediatrics* 2000;106(3):520-6.
9. Roberts L, Smith W, Jorm L, Patel M, Douglas RM, McGilchrist C. Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):738-742.
10. Goldmann DA. Epidemiology and prevention of pediatric viral respiratory infections in health-care institutions. *Emerging Infectious Diseases* 2001;7(2):249-253.
11. CDC. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* 2002;51(16)(RR-16):1-44.
12. White C, Kolble R, Carlson R, et al. The effect of hand hygiene on illness rate among students in university residence halls. *Am J Infect Control* 2003;31(6):364-70.
13. Korniewicz DM, El-Masri M, Broyles JM, Martin CD, O'Connell K P. Performance of latex and nonlatex medical examination gloves during simulated use. *Am J Infect Control* 2002;30(2):133-8.
14. Korniewicz DM, McLeskey SW. Latex allergy and gloving standards. *Seminars Perioperative Nursing* 1998;7(4):216-21.
15. OSHA. Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration. Occupational exposure to bloodborne pathogens: Final rule. 29 CFR Part 1910:1030 Federal Register 1991;56:64003-64182 Revised 2001 CFR 66 2001:5317-25.
16. Neal JG, Jackson EM, Suber F, Edlich RF. Latex glove penetration by pathogens: a review of the literature. *J Long Term Eff Med Implants* 1998;8(3-4):233-40.
17. Broyles JM, O'Connell KP, Korniewicz DM. PCR-based method for detecting viral penetration of medical exam gloves. *J Clinical Microbiology* 2002;40(8):2725-2728.
18. CDC. Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients. *MMWR* 2001;50(RR05):1-43.
19. Tenorio AR, Badri SM, Sahgal NB, et al. Effectiveness of gloves in the prevention of hand carriage of vancomycin-resistant enterococcus species by health care workers after patient care. *Clinical Infectious Diseases* 2001;32(5):8269.
20. Olsen RJ, Lynch P, Coyle MB, Cummings J, Bokete T, Stamm WE. Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice. *JAMA* 1993;270(3):350-353.
21. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, and the guideline development team. The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare-associated Infections. Phase 1: Guidelines for Preventing Hospital-acquired Infections. *Journal of Hospital Infection* 2001;47(Supplement):S1-S82.

22. Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996; 17(1):53-80, and *American Journal of Infection Control* 1996; 24:24-52.
23. Clark L, Smith W, Young L. *Protective Clothing; Principles and Guidance*. London: Infection Control Nurses Association. 2002:39p.
24. Webster J, Pritchard MA. Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 2:1-23.
25. Puzniak LA, Leet T, Mayfield J, Kollef M, Mundy LM. To gown or not to gown: The effect on acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 35:18-25.
26. Srinivasan A, Song X, Ross T, Merz W, Brower R, Perl TM. A prospective study to determine whether cover gowns in addition to gloves decrease nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci in an intensive care unit. *Infection Control Hospital Epidemiology* 2002;23(8):424-428.
27. Boyce JM, Potter-Bynoe G, Chenevert C, King T. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infect Control Hospital Epidemiology* 1997;18(9):622-627.
28. Zachary KC, Bayne PS, Morrison VJ, Ford DS, Silver LC, Hooper DC. Contamination of gowns, gloves, and stethoscopes with vancomycin-resistant enterococci. *Infection Control Hospital Epidemiology* 2001; 22(9):560-564.
29. Boyce JM, Jackson MM, Pugliese G, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): a briefing for acute care hospitals and nursing facilities. The AHA Technical Panel on Infections Within Hospitals. *Infect Control Hospital Epidemiology* 1994; 15(2): 105-115.
30. Lee JJ, Marvin JA, Heimbach DM, Grube BJ, Engrav LH. Infection control in a burn center. *J Burn Care Rehabilitation* 1990;11(6):575-580.
31. Cloney DL, Donowitz LG. Overgrown use for infection control in nurseries and neonatal intensive care units. *American Journal Diseases Child* 1986; 140(7):680-683.
32. Pelke S, Ching D, Easa D, Melish ME. Gowning does not affect colonization or infection rates in a neonatal intensive care unit. *Archives Pediatric Adolescent Medicine* 1994;148(10):1016-1020.
33. Slaughter S, Hayden MK, Nathan C, et al. A comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit. *Annals Internal Medicine* 1996; 125(6):448-456.
34. Duquette-Petersen L, Francis ME, Dohnalek L, Skinner R, Dudas P. The role of protective clothing in infection prevention in patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(8):1319-24 <http://www.ons.org>.
35. Seto WH, Tsang D, Yung RW, et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet* 2003; 361(9368):1519-1520.
36. CDC. Recommendations for preventing transmission of infection with human T- lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in the workplace. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1985; 34(450):681-6, 91-95.
37. CDC. Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1988; 37(24):377-82, 87-88.

38. *Hospital Infection Society Working Party* www.his.org.uk/db/documents/Rituals-02.doc
39. Personal Protective Equipment. Review of the literature www.wales.nhs.uk/sites3/docopen.cfm?orgid
40. CDC/HICPAC - O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011. <http://www.cdc.gov/HAI/bsi/bsi.html>
41. AORN Recommended Practices for surgical attire. Recommended practice II. February 2005.
42. Food and Drug Administration. Enforcement Priorities for Single-Use Devices Reprocessed by Third Parties and Hospitals, Rockville, MD, 2000.
43. Rutala WA, Weber DJ. Disinfection and sterilization in health care facilities: what clinicians need to know. *Clinical Infectious Diseases* 2004; 39(5):702-709.
44. Merritt K, Hitchins VM, Brown SA. Safety and cleaning of medical materials and devices. *Journal Biomedical Materials Research* 2000; 53(2):131-136.
45. Kampf G, Bloss R, Martiny H. Surface fixation of dried blood by glutaraldehyde and peracetic acid. *Journal Hospital Infection* 2004; 57(2):139-143.
46. Rutala WA, Weber DJ. Surface disinfection: should we do it? *Journal of Hospital Infection* 2001; 48(suppl A):S64-S68.
47. Ayliffe GA, Collins DM *et al.* Ward floors and other surfaces as reservoirs of hospital infection. *Journal of Hygiene (Lond.)* 1867; 65: 515-536.
48. Palmer PH, Yeoman DM. A study to assess the value of disinfectants when washing floors. *Medical Journal of Australia* 1972; 2: 1237-1239.
49. Stout JE, Lin YS, Goetz AM, Muder RR. Controlling *Legionella* in hospital water systems: experience with the superheat-and-flush method and copper-silver ionization. *Infection Control Hospital Epidemiology* 1998; 19:911-914.
50. Spire B, Montagnier L, Barré-Sinoussi F, Chermann JC. Inactivation of lymph -adenopathy associated virus by chemical disinfectants. *Lancet* 1984; 2:899-901.
51. Martin LS, McDougal JS, Loskoski SL. Disinfection and inactivation of the human T lymphotropic virus type-III/lymphadenopathy-associated virus. *Journal Infectious Diseases* 1985; 152:400-403.
52. Rideout K, Teschke K *et al.* Considering the risks to healthcare workers from glutaraldehyde alternatives n high-level disinfection. *Journal of Hospital Infection* 2005; 59: 4-11.
53. American Institute of Architects. Guideline for design and construction of hospital and health care facilities. Washington DC: The American Institute of Architects Press, 2001.
54. Occupational Health and Safety Organization. Hazard Communication Standard. 29 CFR 1910.1200, OSHA, Washington, DC .
55. Edens AL. Occupational Safety and Health Administration: Regulations affecting healthcare facilities. In Rutala WA ed. *Disinfection, Sterilization and Antisepsis: Principles and practices for in healthcare facilities*. Washington DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc 2001: 49-58.
56. Plott RT, Wagner RF, Jr., Tyring SK. Iatrogenic contamination of multidose vials in simulated use. A reassessment of current patient injection techniques. *Archives Dermatology* 1990; 126(11) 1441-1444.
57. Samandari T, Malakmadze N, Balter S, et al A large outbreak of hepatitis B virus infections associated with frequent injection at a physician 's office. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2005; 26(9): 745-750.

58. Comstock RD, Mallonee S, Fox JL, et al A large nosocomial outbreak of hepatitis B and hepatitis C among patients receiving pain remediation treatments. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2004; 25(7): 576-583.
59. Germain JM, Carbonne A, Thiers V, et al Patient-to-patient transmission of hepatitis C virus through use of multidose vials during general anesthesia. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2005; 26(9): 789-792.
60. CDC. Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings. New York, Oklahoma and Nebraska. 2000-2002. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003; 52(38): 901-906.
61. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho "Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos" (abril, 2010) http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/norma_aes_2010.pdf
62. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. Transmission of influenza: implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 2003;37(8):1094-101.
63. Musher DM. How contagious are common respiratory tract infections? *N Engl J Med* 2003; 348 (13):1256-66.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Anexo 1 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo.

Estes Instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato word em www.dgs.pt.

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

CRITÉRIOS 1 A 4				SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
1 - COLOCAÇÃO DOS DOENTES							
1	É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente						
2	Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco						
2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS							
3	Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes						
4	Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos (p.ex.: cartazes, campanhas, ações de formação)						
3 – ETIQUETA RESPIRATORIA							
5	Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória						
6	Os doentes/clientes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA						
7	Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória*						
8	Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/clientes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias*						
4 – UTILIZAÇÃO DE EPI							
9	Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização						
10	Os EPI encontram-se num local limpo e seco						
11	Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação						
12	Estão disponíveis luvas de vários tamanhos						
13	Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex						
14	Os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra*						
15	Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes						
16	Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos						
17	As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado						
18	Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição						
19	Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular						
20	Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos						
* Inquirir pelo menos, 4 elementos de grupos profissionais diferentes Avaliação dos critérios 1 a 4							
				Total de respostas SIM _____ X 100 = (IQ) de _____ %			
				Total de respostas aplicáveis _____			

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo)
(continuação)

CRITÉRIOS 5 A 10		SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
5 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO					
1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado (se verificar a condição anterior escolha a opção sim)				
2	As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis				
3	Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos				
4	A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída				
6 - CONTROLO AMBIENTAL					
4	O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários				
5	Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica				
6	O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo				
7	Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica				
7 - MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA					
8	A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida				
9	A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização				
10	Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção				
8 - RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS					
11	Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos				
12	Os contentores não se encontram demasiado cheios				
9 - PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS					
13	A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente				
14	São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados				
15	Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)				
10 - EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO					
16	Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projeção para as mucosas oculares				
Avaliação do Critérios 5 a 10					
Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____%					
Total de respostas aplicáveis					

Anexo 2 - Auditorias internas ao cumprimento das PBCI (processo)

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE NUMA AUDITORIA

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA PADRÃO E GLOBAL:

- Cada padrão (Standard) é composto por um conjunto de critérios;
- Cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto;
- Cada critério tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis, pelo número de critérios avaliados;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis, e multiplica-se por 100, para obter o valor percentual, correspondente ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA CRITÉRIO, NO SERVIÇO:

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

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO, NO SERVIÇO:

Soma das % obtidas em cada padrão, no serviço X 1 00 = (IQ) do padrão, no serviço ____ %
Total de padrões

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE, NO SERVIÇO:

Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço = (IGQ no Serviço) ____ %
Total de padrões

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA PADRÃO, POR HOSPITAL:

Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços = (IGQ por padrão, no Hospital) ____ %
Total de serviços

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DA AUDITORIA, POR HOSPITAL:

Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços = (IGQ do Hospital) ____ %
Total de serviços

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses: "Principles of Safe Practice in the Operating Theatre, Audit guide Scoring System, janeiro de 1988.

Anexo 3 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - Estruturas

Estes Instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato word em www.dgs.pt.

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

PADRAO 1		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
CONHECIMENTO DAS PBCI					
1	A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde				
1.2	Os profissionais conhecem a Norma das PBCI				
2	Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI				
2.1	Médicos				
2.2	Enfermeiros				
2.3	Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)				
2.4	Assistentes Operacionais				
2.5	Funcionários de limpeza				
2.6	Outros profissionais e/ou voluntários				
3	A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho.				
4	Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos				
5	Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados				
6	Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados				
Avaliação do Padrão 1					
Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____ %					
Total de respostas aplicáveis _____					

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

PADRAO 2		SIM	NAO	N / A	OBSERVAÇÕES
RECURSOS					
1	Estão disponíveis no Serviço os recursos necessários para implementar e monitorizar o cumprimento das PBCI				
1.1	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos				
1.2	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)				
2	O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)				
2.1	O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção				
3	Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia				
4	Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente				
4.1	Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor.				
4.2	Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa				
5	Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente				
5.1	Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado				
5.2	O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas				
5.3	O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização				
6	Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados				
6.1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado				
Avaliação do Padrão 2					
Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____ %					
Total de respostas aplicáveis _____					

Anexo 4 - Auditorias internas ao cumprimento das PBCI - Estruturas

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE DA AUDITORIA, POR PADRÃO E GLOBAL:

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA CRITÉRIO:

- Cada critério é composto por um conjunto de questões;
- Cada questão tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada critério.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA CRITÉRIO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do critério, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em cada padrão, no serviço}}{\text{Total de padrões}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do padrão, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço}}{\text{Total de padrões}} = (\text{IGQ no Serviço}) ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA PADRÃO, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ por padrão, no Hospital}) ___\%$

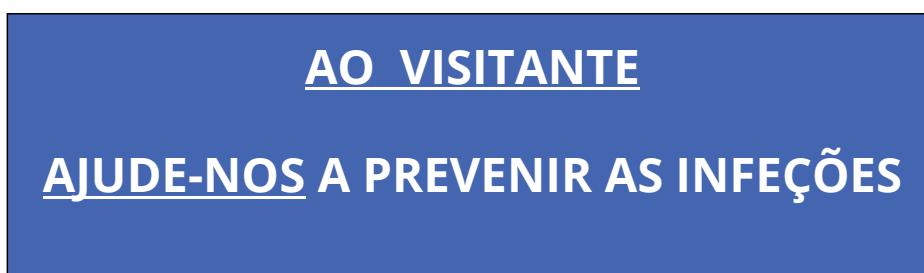
FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DA AUDITORIA, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ do Hospital}) ___\%$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses: *“Principles of Safe Practice in the Operating Theatre, Audit guide Scoring System*, janeiro de 1988.

Anexo 5 – Cartaz das PBCI para os visitantes das Unidades de Saúde, dos Cuidados de Saúde Primários, Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Este cartaz pode ser adaptado ou reproduzido pelas instituições de saúde e está disponível em formato *word* em: www.dgs.pt



- ❖ Pense na segurança do seu doente antes de visitar alguém numa instituição de saúde.
- ❖ Pense também na segurança dos outros doentes internados.
- ❖ Se você ou alguém com quem vive, está constipado ou tem diarreia, ou não se sente bem, tente adiar a visita, até que se sinta melhor.
- ❖ Lave e seque as mãos antes de entrar na sala, em particular após usar as instalações sanitárias.
- ❖ Se à entrada da enfermaria, ou junto à cama do seu doente, estiver disponível uma solução alcoólica para desinfeção das mãos, use-a.
- ❖ Durante a visita, não se sente nas camas e tente reduzir o número de visitantes em simultâneo.
- ❖ Não contacte fisicamente com os outros doentes ou com os seus pertences. Se tiver de o fazer, use a solução alcoólica para desinfeção das mãos, antes e depois do contacto.
- ❖ Se as instalações se encontram em más condições de higiene, informe o enfermeiro chefe ou coordenador do serviço.
- ❖ Se algum profissional de saúde se esqueceu de lavar as mãos, lembre-o disso.

Anexo 6 – Identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos

Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
1. Colocação dos Doentes	Na admissão do doente não é realizada a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos		
	Inexistência ou escassez de quartos de isolamento*		
2. Higiene das Mãos	Défice de conhecimento dos profissionais em relação às doenças transmissíveis e procedimentos de prevenção		
	Inexistência de estruturas adequadas para a higienização das mãos		
	Os profissionais não apresentam unhas curtas e limpas, sem extensões ou outros artefactos e sem verniz		
	Os profissionais utilizam adornos durante a prestação de cuidados		
	Os profissionais prestam cuidados sem proteger os cortes e abrasões caso existam		
	Os profissionais utilizam fardas com mangas compridas		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para higienização das mãos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos cinco momentos		
3. Etiqueta Respiratória	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento da técnica correta para a higienização das mãos		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos das medidas de etiqueta respiratória		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento das medidas de etiqueta respiratória		
	Não é realizado ensino ao doente ou visitas sobre as medidas de etiqueta respiratória		
4. Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)	Não é disponibilizado toalhete de uso único ao doente para conter as secreções respiratórias		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Falhas na disponibilização dos EPI adequados		
	Falhas na disponibilização dos EPI nos locais estratégicos		

***De acordo com as orientações técnicas da ACSS para o Edifício Hospitalar**

Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
5. Descontaminação do Equipamento Clínico	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo às recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Inexistência de um plano de descontaminação do equipamento		
	Inexistência das recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Existência de fonte de contaminação a partir da reutilização de dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM)		
	Reprocessamento de DMUU		
	Falhas nos procedimentos de higienização, desinfeção, transporte e armazenamento dos equipamentos		
6. Controlo Ambiental	Não descontaminação de equipamento entre doentes		
	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos em caso de derramamento de sangue e fluidos orgânicos		
7. Manuseamento Seguro da Roupa	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Baixa adesão dos profissionais ao cumprimento dos procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa limpa		
	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa suja		
8. Recolha segura de resíduos	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Os profissionais não depositam os objetos cortoperfurantes, imediatamente após o uso, em contentor adequado		
	Os profissionais enchem os contentores de resíduos para além da sua capacidade		
	Os contentores não têm um sistema de fecho intermédio		
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	Os contentores de cortoperfurantes não estão etiquetados com registo da data de abertura		
	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo às Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos procedimentos de Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	São utilizados medicamentos injetáveis de uso múltiplo		
	São utilizados medicamentos a múltiplos doentes, com a mesma seringa		
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho	Na administração de medicamentos de dose múltipla, os profissionais não aplicam as boas práticas de manutenção da esterilidade de todo o sistema de administração (inclui agulha/cânula, seringa, sistemas e prolongamentos)		
	Défi ce de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a agentes microbianos no local de trabalho		

Anexo 7

A - Categorização dos níveis de evidência das recomendações

As categorias dos CDC e do HICPAC estabelecidas nesta Norma são (2):

Categoria IA. Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência, baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou epidemiológicos.

Categoria IB. Fortemente recomendado para implementação baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou epidemiológicos.

Categoria IC. Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

B - GLOSSÁRIO

Colonização – Multiplicação de microrganismos em locais do corpo sem resposta imunitária detetável, dano celular, ou expressão clínica. A permanência de microrganismos no hospedeiro pode ter duração variável e pode representar uma fonte potencial de transmissão.

Descontaminação – Utilização de meios químicos ou físicos com vista a remover, inativar ou destruir microrganismos presentes nos materiais, equipamentos ou superfícies, a um nível em que já não sejam capazes de transmitir partículas infecciosas durante o seu uso ou manipulação.

Desinfecção – Destruição térmica ou química de microrganismos. Destrói a maioria dos microrganismos dependendo do nível de desinfecção, mas não necessariamente as formas esporuladas.

Desinfetante – Agente químico ou físico que destrói microrganismos patogénicos ou outros microrganismos, mas pode não destruir as formas esporuladas. O termo refere-se a substâncias aplicadas a ambiente inanimado.

Detergente – Agente de lavagem que não está classificado como tendo propriedades desinfetantes.

Equipamento de Proteção Individual (EPI) – Uma variedade de barreiras protetoras usadas, sozinhas ou em conjunto, com o objetivo de proteger as mucosas, pele e a roupa do contacto com agentes infecciosos. Os EPI incluem luvas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras e aventais ou batas.

Gotículas - Partículas de grandes dimensões (> 5 µ) produzidas durante a fala, tosse ou espirro. Alguns microrganismos têm a capacidade de se transmitir por esta via.

Infeção – A transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir sinais e sintomas clínicos ou ser subclínica.

Limpeza – Remoção, geralmente com água e detergente, de sujidade (visível ou perceptível) presente nos materiais, equipamentos ou noutras superfícies, por processos manuais ou mecânicos e que se destina a torná-los seguros na sua manipulação e/ou posterior descontaminação.

Máscara – Um termo que se refere aos equipamentos utilizados para cobrir a boca e o nariz e inclui tanto as máscaras cirúrgicas como as máscaras de procedimentos.

Máscara cirúrgica – Equipamento destinado a cobrir a boca e nariz pelo pessoal da equipa cirúrgica no Bloco Operatório, durante procedimentos cirúrgicos e destina-se a proteger, tanto os doentes, como os profissionais, da contaminação com microrganismos ou fluidos orgânicos. As máscaras cirúrgicas também são usadas para proteção do pessoal, do contacto com gotículas potencialmente infecciosas. As máscaras cirúrgicas não protegem da inalação de pequenas partículas e não devem ser confundidas com respiradores de partículas (recomendados para situações em que o agente infeccioso se transmite por via aérea).

Respirador - Equipamento de proteção destinado a proteger o utilizador da inalação de partículas de pequenas dimensões (<5 µm de tamanho), como está recomendado nos casos em que o agente infeccioso se transmite por via aérea (ex. *Mycobacterium tuberculosis*) ou é transitoriamente transportado por esta via (ex. *Aspergillus sp.* transportados pelas partículas de pó, durante a renovação de edifícios).

**Anexo II - Norma 022/2015: “Feixe de Intervenções” de
Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso
Central**

NÚMERO: 022/2015
DATA: 16/12/2015

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

PALAVRAS-CHAVE: Cateter venoso central, prevenção, infeção

PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação do cateter venoso central:

- a) Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente (Categoria IC)⁽¹⁻⁴⁾;
- b) Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros (Categoria IC)^(1-4, 5-15):
 - i. Higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele;
 - ii. Preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes;
 - iii. Técnica assética durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara.
- c) Realizar antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central (Categoria IA)^(1-4, 16-19):
 - i. Fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos.
- d) Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente (Categoria IIC)^(1-4, 10, 11, 15);
- e) Não usar acesso femoral, sempre que possível (Categoria IA)^(1-4, 20-23).

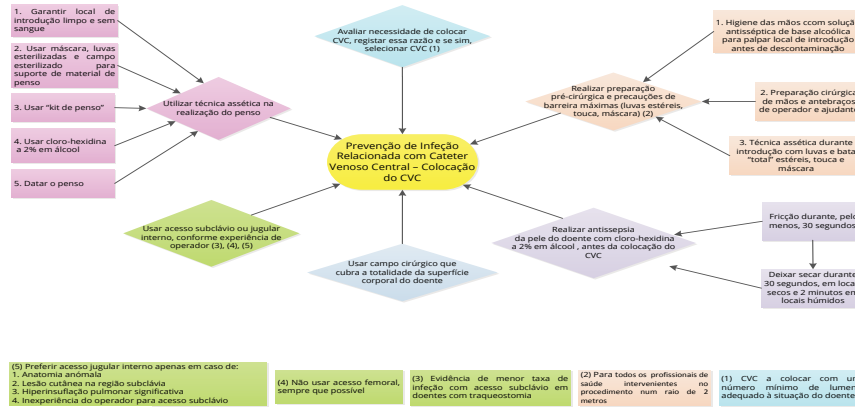
- i. Registrar razões de utilização de acesso femoral;
 - ii. Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador; (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia).
 - iii. Preferir acesso jugular interno apenas em caso de:
 - (i) Anatomia anómala na região subclávia;
 - (ii) Lesão cutânea na região subclávia;
 - (iii) Hiperinsuflação pulmonar significativa;
 - (iv) Inexperiência do operador para acesso subclávio.
 - f) Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Categoria IIaC)^(1-4, 24-26):
 - i. Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
 - ii. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
 - iii. Usar “kit de penso”;
 - iv. Usar cloro-hexidina a 2% em álcool;
 - v. Datar o penso.
2. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:
 - a) Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central (Categoria IIaC)^(1-4, 27,28);
 - b) Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central (Categoria IIaC)^(1-4, 5-15);
 - c) Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local (Categoria IIaC)^(1-4, 29-33):
 - i. Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
 - d) Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica (Categoria IIaC)^(1-4, 24-26):
 - i. Para realização de penso:

- (i). Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;
 - (ii). Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
 - (iii). Usar “kit de penso”;
 - (iv). Usar cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele;
 - (v). Datar o penso.
- ii. Em relação ao momento de mudança de penso:
- (i) Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - a. Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - b. 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - c. 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.
3. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

4. Os algoritmos clínicos

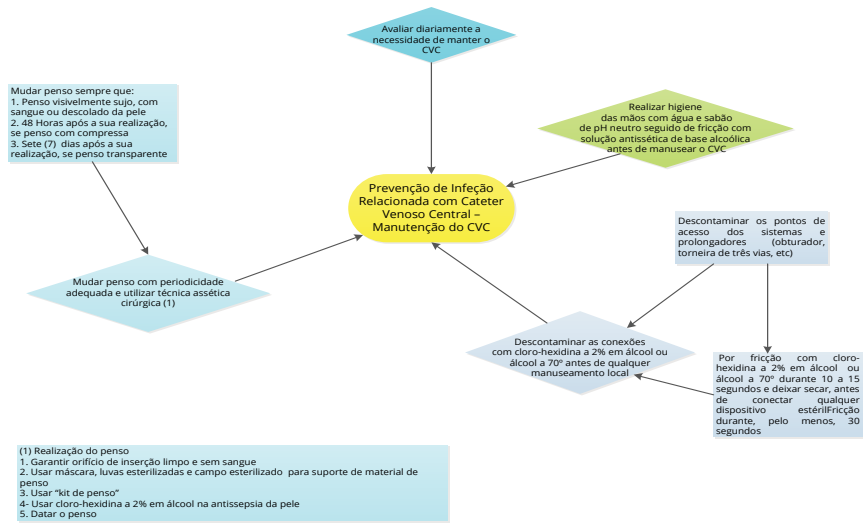
“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Momento de colocação de cateter venoso central



"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Manutenção de cateter venoso central



5. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma ""Feixe de intervenções" de Prevenção de infeção Relacionada com Cateter Venoso Central"				
Unidade:				
Data: ___/___/___ Equipa auditora:				
1: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" no Momento de Colocação do Cateter Venoso Central				
Critérios	S i m	N ã o	N / A	EVIDÊNCIA/FO NTE
Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar cateter venoso central, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente				
Existe evidência de que é realizada por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros, preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara); higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele; preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes; técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara				
Existe evidência de que no doente é realizada antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central: fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos; usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente				
Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra totalidade da sua superfície corporal				
Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral				
Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; inexperiência do operador para acesso subclávio				
Existe evidência de que no doente é utilizada técnica asséptica na realização do penso: garantia do local de introdução limpo e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" na Manutenção do Cateter Venoso Central				
Critérios	S i m	N ã o	N / A	EVIDÊNCIA/FO NTE
Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente				
Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central no doente				
Existe evidência de que a nível do cateter venoso central no doente, são descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de				

acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril				
Existe evidência de que na realização de penso no doente é: garantido orifício de inserção e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso				
Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

6. O conteúdo da presente Norma, após discussão pública e análise dos comentários recebidos, poderá vir a ser alterado pelo Departamento da Qualidade na Saúde e pela posterior validação científica da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.

7. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. Na presente Norma foram utilizadas as categorias do CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*)/HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*)⁽³⁴⁾ indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:
- 1) Categoria IA - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
 - 2) Categoria IB - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
 - 3) Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
 - 4) Categoria II - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.
 - 5) Sem recomendação - Práticas com insuficiente evidência ou sem consenso sobre a sua eficácia.
- B. As infeções relacionadas com cateter venoso central são eventos potencialmente evitáveis, tendo a implementação de “feixes de intervenções” para a sua prevenção efeito provado na diminuição da incidência⁽³⁵⁾.
- C. *Bundles*, que aqui se traduzem para “feixes”, são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.
- D. “Feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Fundamentação

- A. É recomendado que, no planeamento de cuidados baseados em “feixes de intervenções”, cada aspeto esteja bem definido e apoiado em evidência proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado.
- B. São, assim, *bundles*, bem mais do que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de

medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido e portanto sendo a auditoria do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas).

- C. O “feixe de intervenções” apresenta unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos ^(34,35). Vários grupos colaborativos demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação desta estratégia ⁽³⁶⁻³⁸⁾.
- D. O poder do “feixe de intervenções” decorre da evidência em que radica cada um dos elementos e da metodologia de implementação. São múltiplas as metodologias de implementação possíveis, nomeadamente a nomeação de uma comissão para rever as recomendações e para as comparar com as práticas habituais da unidade clínica, a formação dos profissionais da unidade clínica sobre os seus componentes, a realização de auditorias para avaliar a adesão e a comunicação dos indicadores de processo e de resultados de retorno aos profissionais. O desenvolvimento do processo beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar e multiprofissional ^(39,40).
- E. O sistema de vigilância epidemiológica do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) monitoriza a incidência de infeções relacionadas com cateter venoso central através de dois programas o *Hospital Acquired Infection* (HAI)-ICU e o Infeção Nosocomial da Corrente sanguínea (INCS). Os valores de incidência, nos últimos cinco anos, em termos de infeção relacionada com cateter venoso central em unidade de cuidados intensivos (UCI) têm oscilado entre 1,0 e 1,9 por 1000 dias de cateter. A incidência fora de UCI é mais elevada, oscilando os valores entre 1,9 e 2,5 por 1000 dias de cateter ⁽⁴¹⁾.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.

- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Taxa de infeção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central:
 - a) Numerador: Número de novos casos de infeção de corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (no mês);
 - b) Denominador: Número total de dias de cateter venoso central (no mês).
 - 2) Proporção da implementação do “feixe de intervenções” na colocação de cateter venoso central:
 - a) Numerador: número de procedimentos de colocação de cateter venoso central observados em que são cumpridos todos os elementos do feixe intervenções, nomeadamente de a) a f);
 - b) Denominador: número de procedimentos de colocação de cateter venoso central observados.
 - 3) Proporção de adesão ao registo da razão de manutenção do CVC:
 - a) Numerador: Número de dias em que os doentes com CVC avaliados têm registado no processo clínico a razão para a sua manutenção;
 - b) Denominador: Número de dias de CVC dos doentes avaliados.
 - 4) Proporção da implementação do “feixe de intervenções” de manutenção do cateter venoso central:
 - a) Numerador: número de observações de manuseamento do CVC observados em que são cumpridos os pontos b) e c) do feixe intervenções de manutenção do CVC;
 - b) Denominador: número de observações de manuseamento do CVC.
 - 5) Proporção de cumprimento do feixe de intervenções de manutenção do CVC, no momento de realização do penso:

- a) Numerador: número de pensos de CVC observados em que é cumprido o ponto d) do feixe intervenções de manutenção do CVC;
- b) Denominador: número de pensos de CVC observados.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por José Artur Paiva (coordenação científica), Paulo André Fernandes, Maria Goreti Silva, Ana Paula Cruz e António Sousa Uva.
- C. A elaboração da proposta da presente Norma teve ainda o apoio do Conselho Científico do PPCIRA.
- D. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- E. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação

Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
CVC	Cateter venoso central
INCS	Infeção nosocomial da corrente sanguínea
UCI	Unidade de cuidados intensivos
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos

Referências Bibliográficas

- ⁽¹⁾ O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, et al. *Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections*. Clin Infect Dis 2011; 52: e1-e32
- ⁽²⁾ Marschall J, Mermel LA, Fakhri M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady NP, Pettis AM, Rupp ME, Sandora T, Maragakis LL, Yokoe DS. SHEA/IDSA *practice recommendation. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update*. Infection Control and Hospital Epidemiology 2014, vol. 35, S2: 753-71.
- ⁽³⁾ Health Protection Scotland. National Health Services Scotland. *Compendium of Health Care Associated Infection Guidance*. <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/hai-compendium/hai-compendium-v-3-4.pdf>
- ⁽⁴⁾ The Joint Commission. *Preventing central line associated bloodstream infections: a global challenge, a global perspective*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, May 2012. <http://www.PreventingCLABSIs.pdf>
- ⁽⁵⁾ Yilmaz G, Koksali I, Aydin K, Caylan R, Sucu N, Aksoy F. *Risk factors of catheter-related bloodstream infections in parenteral nutrition catheterization*. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2007; 31: 284-287.
- ⁽⁶⁾ Boyce JM, Pittet D; Society for Healthcare Epidemiology of America, Association for Professionals in Infection Control, Infectious Diseases Society of America. *Guideline for hand hygiene in health-care*

settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Recomm Rep 2002; 51(RR-16): 1–45.

- ⁽⁷⁾ Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. *Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. Am J Infect Control 2005; 33: 392–397.*
- ⁽⁸⁾ Capretti MG, Sandri F, Tridapalli E, Galletti S, Petracci E, Faldella G. *Impact of a standardized hand hygiene program on the incidence of nosocomial infection in very low birth weight infants. Am J Infect Control 2008; 36: 430–435.*
- ⁽⁹⁾ Mermel LA, McCormick RD, Springman SR, Maki DG. *The pathogenesis and epidemiology of catheter-related infection with pulmonary artery Swan-Ganz catheters: a prospective study utilizing molecular subtyping. Am J Med 1991; 91: 1975–2055.*
- ⁽¹⁰⁾ Raad II, Hohn DC, Gilbreath BJ, et al. *Prevention of central venous catheter-related infections by using maximal sterile barrier precautions during insertion. Infect Control Hosp Epidemiol 1994; 15: 231–238.*
- ⁽¹¹⁾ Hu KK, Lipsky BA, Veenstra DL, Saint S. *Using maximal sterile barriers to prevent central venous catheter-related infection: a systematic evidence-based review. Am J Infect Control 2004; 32: 142–146.*
- ⁽¹²⁾ Young EM, Commiskey ML, Wilson SJ. *Translating evidence into practice to prevent central venous catheter-associated bloodstream infections: a systems-based intervention. Am J Infect Control 2006; 34: 503–506.*
- ⁽¹³⁾ Ishikawa Y, Kiyama T, Haga Y, et al. *Maximal sterile barrier precautions do not reduce catheter-related bloodstream infections in general surgery units: a multi-institutional randomized controlled trial. Ann Surg 2010; 251: 620–623.*
- ⁽¹⁴⁾ Burrell AR, McLaws ML, Murgo M, Calabria E, Pantle AC, Herkes R. *Aseptic insertion of central venous lines to reduce bacteraemia. Med J Aust 2011; 194: 583–587.*
- ⁽¹⁵⁾ Lee DH, Jung KY, Choi YH. *Use of maximal sterile barrier precautions and/or antimicrobial-coated catheters to reduce the risk of central venous catheter-related bloodstream infection. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29: 947–950.*
- ⁽¹⁶⁾ Maki DG, Ringer M, Alvarado CJ. *Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. Lancet 1991; 338: 339–343.*

- ⁽¹⁷⁾ Garland JS, Buck RK, Maloney P, et al. *Comparison of 10% povidone-iodine and 0.5% chlorhexidine gluconate for the prevention of peripheral intravenous catheter colonization in neonates: a prospective trial.* *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 510–516.
- ⁽¹⁸⁾ Humar A, Ostromecki A, Dierenfeld J, et al. *Prospective randomized trial of 10% povidone-iodine versus 0.5% tincture of chlorhexidine as cutaneous antisepsis for prevention of central venous catheter infection.* *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1001–1007.
- ⁽¹⁹⁾ Chaiyakunapruk N, Veenstra DL, Lipsky BA, Saint S. *Chlorhexidine compared with povidone-iodine solution for vascular catheter-site care: a meta-analysis.* *Ann Intern Med* 2002; 136: 792–801.
- ⁽²⁰⁾ Merrer J, De Jonghe B, Golliot F, et al. *Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial.* *JAMA* 2001; 286: 700–707.
- ⁽²¹⁾ Goetz AM, Wagener MM, Miller JM, Muder RR. *Risk of infection due to central venous catheters: effect of site of placement and catheter type.* *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19: 842–845.
- ⁽²²⁾ Parienti JJ, du Cheyron D, Timsit JF, et al. *Meta-analysis of subclavian insertion and nontunneled central venous catheter-associated infection risk reduction in critically ill adults.* *Crit Care Med* 2012; 40: 1627–1634.
- ⁽²³⁾ Ge X, Cavallazzi R, Li C, Pan SM, Wang YW, Wang FL. *Central venous access sites for the prevention of venous thrombosis, stenosis and infection.* *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (3): CD004084.
- ⁽²⁴⁾ Maki DG, Stolz SS, Wheeler S, Mermel LA. *A prospective, randomized trial of gauze and two polyurethane dressings for site care of pulmonary artery catheters: implications for catheter management.* *Crit Care Med* 1994; 22: 1729–1737.
- ⁽²⁵⁾ Rasero L, Degl'Innocenti M, Mocali M. *Comparison of two different time interval protocols for central venous catheter dressing in bone marrow transplant patients: results of a randomized, multicenter study.* *Haematologica* 2000; 85: 275–279.
- ⁽²⁶⁾ Timsit JF, Bouadma L, Ruckly S, et al. *Dressing disruption is a major risk factor for catheter-related infections.* *Crit Care Med* 2012; 40: 1707–1714.
- ⁽²⁷⁾ Lederle FA, Parenti CM, Berskow LC, Ellingson KJ. *The idle intravenous catheter.* *Ann Intern Med* 1992; 116: 737–738.

- ⁽²⁸⁾ Parenti CM, Lederle FA, Impola CL, Peterson LR. *Reduction of unnecessary intravenous catheter use: internal medicine house staff participate in a successful quality improvement project.* Arch Intern Med 1994; 154: 1829–1832.
- ⁽²⁹⁾ Salzman MB, Isenberg HD, Rubin LG. *Use of disinfectants to reduce microbial contamination of hubs of vascular catheters.* J Clin Microbiol 1993; 31: 475–479.
- ⁽³⁰⁾ Luebke MA, Arduino MJ, Duda DL, et al. *Comparison of the microbial barrier properties of a needleless and a conventional needle-based intravenous access system.* Am J Infect Control 1998; 26: 437–441.
- ⁽³¹⁾ Casey AL, Worthington T, Lambert PA, Quinn D, FaroquiMH, Elliott TS. *A randomized, prospective clinical trial to assess the potential infection risk associated with the PosiFlow needleless connector.* J Hosp Infect 2003; 54: 288–293.
- ⁽³²⁾ Munoz-Price LS, Dezfulian C, Wyckoff M, et al. *Effectiveness of stepwise interventions targeted to decrease central catheter-associated bloodstream infections.* Crit Care Med 2012; 40: 1464–1469.
- ⁽³³⁾ Soothill JS, Bravery K, Ho A, Macqueen S, Collins J, Lock P. *A fall in bloodstream infections followed a change to 2%chlorhexidinein70%isopropanolforcatheterconnectionantiseptis: a pediatric single center before/after study on a hemopoietic stem cell transplant ward.* Am J Infect Control 2009; 37: 626– 630.
- ⁽³⁴⁾ Centers for Disease Control and Prevention. *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Updating the Guideline Methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).* Available from <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/2009-10-29HICPACguidelineMethodsFINAL.pdf>.
- ⁽³⁵⁾ Scottish Patient Safety Program. Acedido em 19-10-15 em <http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/programmes/hai>
- ⁽³⁶⁾ Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, et al. *Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2005; 31(5): 243-248.
- ⁽³⁷⁾ Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper.* Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- ⁽³⁸⁾ Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. *Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change.* Qual Saf Health Care. 2006; 15: 235-239.

- ⁽³⁹⁾ Fong JJ, Cecere K, Unterborn J, Garpestad E, Klee M, Devlin JW. *Factors influencing variability in compliance rates and clinical outcomes among three different severe sepsis bundles*. Ann Pharmacother. 2007; 41: 929-936.
- ⁽⁴⁰⁾ Aragon D, Sole ML. *Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2006; 18: 441-452.
- ⁽⁴¹⁾ Relatório do PPCIRA/DGS 2013. Direção-Geral da Saúde. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Dados de Vigilância Epidemiológica do Programa HAI-Net Infeção do Local Cirúrgico. 2013-2014.

**Anexo III - Norma nº 019/2015: Feixe de intervenções de
prevenção de ITU associados a cateter vesical**

NORMA

NÚMERO: 019/2015
DATA: 15/12/2015
ATUALIZAÇÃO: 30/05/2017

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical

PALAVRAS-CHAVE: Infecção urinária, algália, cateter vesical, prevenção

PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções:

- a) Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Categoria IB)^(1,2,4-15) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Categoria IC)^(1,4,5,7);
- b) Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB)⁽¹⁻⁷⁾;
- c) Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Categoria IB)^(1,2,4,5,7,15-18);
- d) Realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB)^(1,5,7,19) com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical (Categoria IIaC)^(5,20);

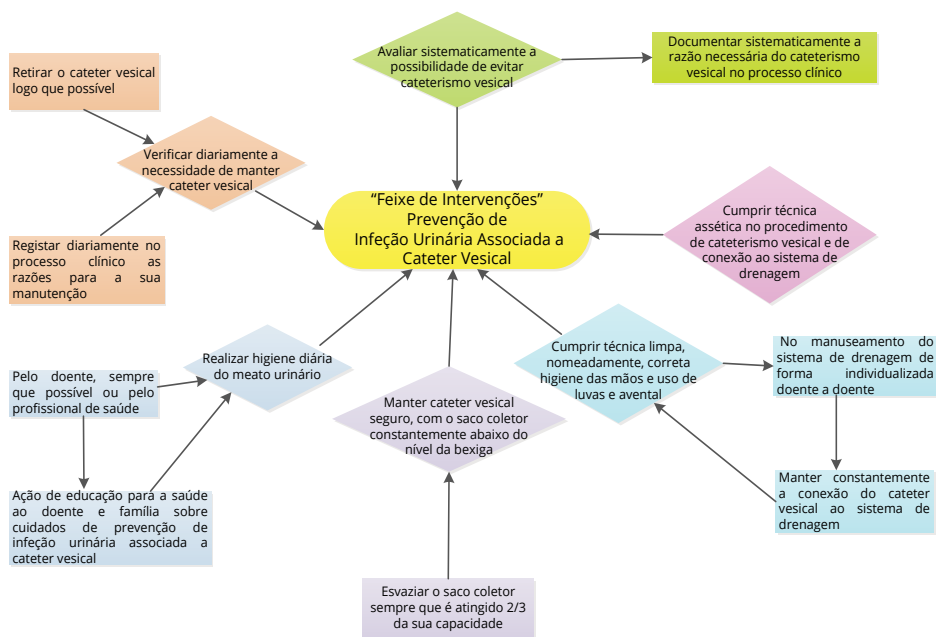


- e) Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) ^(1,5,7,19,20);
 - f) Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Categoria IB) ^(1,4,6,7,20).
2. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.



3. O algoritmo clínico

“Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical



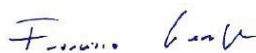


4.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical"				
Unidade: _____				
Data: ____/____/____ Equipa auditora: _____				
1: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções"				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
Existe evidência de que na pessoa é efetuada avaliação sistemática da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e documentação sistemática da razão que o torna necessária no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa é efetuado cumprimento da técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Existe evidência de que na pessoa é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem				
Existe evidência de que é efetuada realização da higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical				
Existe evidência de que na pessoa é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade				
Existe evidência de que na pessoa é efetuada verificação diária da necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

5. O conteúdo da presente Norma, após discussão pública e análise dos comentários recebidos, poderá vir a ser alterado pelo Departamento da Qualidade na Saúde e pela posterior validação científica da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
6. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

A. Na presente Norma foram utilizadas as categorias do CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*)/HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*)⁽²¹⁾ indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:

- 1) Categoria IA - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
- 2) Categoria IB - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
- 3) Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
- 4) Categoria II - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.
- 5) Sem recomendação - Práticas com insuficiente evidência ou sem consenso sobre a sua eficácia.

B. Infecção urinária associada a cateter urinário é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter urinário^(22,23).

C. *Bundles*, que aqui se traduzem para “feixes”, são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.

D. “Feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Fundamentação

A. É recomendado que, no planeamento de cuidados baseados em “feixes de intervenções”, cada aspeto esteja bem definido e apoiado em evidência proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado.

- B. São, assim, *bundles*, bem mais do que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido e portanto sendo a auditoria do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas).
- C. O “feixe de intervenções” apresenta unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos ^(24,25). Vários grupos colaborativos demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação desta estratégia ^(25,26).
- D. O poder do “feixe de intervenções” decorre da evidência em que radica cada um dos elementos e da metodologia de implementação. São múltiplas as metodologias de implementação possíveis, nomeadamente a nomeação de uma comissão para rever as recomendações e para as comparar com as práticas habituais da unidade clínica, a formação dos profissionais da unidade clínica sobre os seus componentes, a realização de auditorias para avaliar a adesão e a comunicação dos indicadores de processo e de resultados de retorno aos profissionais. O desenvolvimento do processo beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar e multiprofissional ^(27,28).
- E. Nos Estados Unidos da América, em 2011, a incidência de Infeção urinária associada a cateter urinário foi de 0,2 a 4,8 por 1000 dias de cateter urinário em doentes adultos hospitalizados e de 1,2 a 4,5 por 1000 dias de cateter urinário, em doentes de UCI ⁽²²⁾.
- F. A implementação de um “feixe de intervenções” numa UCI neurológica levou a significativa redução de utilização de cateter e de infeção urinária ⁽²⁹⁾.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários, nos cuidados hospitalares e nas unidades de internamento de cuidados continuados integrados e a emissão de



diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde, das direções clínicas dos hospitais e dos diretores das unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

C. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- 1) Taxa de infeção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical:
 - a) Numerador: Número de novos casos de infeção sintomática do trato urinário associada ao uso de cateter vesical no mês;
 - b) Denominador: Número de dias de uso do cateter vesical no mês.
- 2) Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação de cateter vesical:
 - a) Numerador: Número de cateteres vesicais inseridos e observados em que foram cumpridos os pontos a) e b) do feixe de intervenções no mês;
 - b) Denominador: Número de cateteres vesicais inseridos e observados no mês.
- 3) Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a manutenção de cateter vesical:
 - a) Numerador: Número de cateteres vesicais mantidos e observados em que foram cumpridos os pontos c), d), e) e f) do feixe de intervenções nos períodos considerados (mensal, trimestral, semestral, anual);
 - b) Denominador: Número de oportunidades de manutenção de cateteres vesicais nos mesmos períodos.

Comité Científico

A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus

colégios de especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.

- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por José Artur Paiva (coordenação científica), Paulo André Fernandes, Maria Goreti Silva, Ana Paula Cruz e António Sousa Uva.
- C. A elaboração da proposta da presente Norma teve ainda o apoio do Conselho Científico do PPCIRA.
- D. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- E. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Coordenação Técnica

A Coordenação Técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos



Referências Bibliográficas

- ⁽¹⁾ Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC): guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*, 2009. http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html. 21.
- ⁽²⁾ Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. *Diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America*. Clin Infect Dis 2010; 50: 625–663.
- ⁽³⁾ Greene MT, Chang R, Kuhn L, et al. *Predictors of hospital acquired urinary tract-related bloodstream infection*. Infect Control Hosp Epidemiol 2012; 33: 1001–1007.
- ⁽⁴⁾ Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, Pegues DA, Pettis A, Saint S, Yokoe DS; *shea/idsa practice recommendation; Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update*. Infection Control and Hospital Epidemiology 2014, 35, S2: 464-479.
- ⁽⁵⁾ Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, et al. *epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England*. J Hosp Infect 2014;86(suppl 1): S1-S70.
- ⁽⁶⁾ Meddings J, Rogers MA, Krein SL, et al. *Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter associated urinary tract infection: an integrative review*. BMJ Qual Saf 2013. Electronically published ahead of print. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001774.
- ⁽⁷⁾ Health Protection Scotland. National Health Services Scotland. *Compendium of Health Care Associated Infection Guidance*. <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/hai-compendium/hai-compendium-v-3-4.pdf>
- ⁽⁸⁾ Van der Kooi TI, de Boer AS, Mannien J, Wille JC, Beaumont MT, Mooi BW, et al. *Incidence and risk factors of device-associated infections and associated mortality at the intensive care in the Dutch surveillance system*. Intensive Care Med.2007; 33: 271-8.
- ⁽⁹⁾ Weber DJ, Sickbert-Bennett EE, Gould CV, Brown VM, Huslage K, Rutala WA. *Incidence of catheter-associated and non-catheter-associated urinary tract infections in a healthcare system*. Infect Control Hosp Epidemiol 2011;32:822–823.
- ⁽¹⁰⁾ Saint S, Chenoweth CE. *Biofilms and catheter-associated urinary tract infections*. Infect Dis Clin North Am 2003; 17: 411–432.

- ⁽¹¹⁾ Gokula RR, Hickner JA, Smith MA. *Inappropriate use of urinary catheters in elderly patients at a midwestern community teaching hospital*. Am J Infect Control 2004; 32: 196–9.
- ⁽¹²⁾ Jain P, Parada JP, David A, et al. *Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients*. Arch Intern Med 1995; 155: 1425–9.
- ⁽¹³⁾ Fakh MG, Pena ME, Shemes S, et al. *Effect of establishing guidelines on appropriate urinary catheter placement*. Acad Emerg Med 2010; 17: 337–40.
- ⁽¹⁴⁾ Knoll BM, Wright D, Ellingson L, et al. *Reduction of inappropriate urinary catheter use at a Veterans Affairs hospital through a multifaceted quality improvement program*. Clin Infect Dis 2011; 52:1283–90.
- ⁽¹⁵⁾ Gardam MA, Amihod B, Orenstein P, et al. *Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections*. Clin Perform Qual Health Care 1998; 6: 99–102.
- ⁽¹⁶⁾ Platt R, Polk BF, Murdock B, et al. *Reduction of mortality associated with nosocomial urinary tract infection*. Lancet 1983; 321(8330): 893–897.
- ⁽¹⁷⁾ Warren JW, Platt R, Thomas RJ, et al. *Antibiotic irrigation and catheter-associated urinary-tract infections*. N Engl J Med 1978; 299:570–573.
- ⁽¹⁸⁾ Allepuz-Palau A, Rossello-Urgell J, Vaque-Rafart J, Hermsilla-Perez E, Arribas-Llorente JL, Sanchez-Paya J, et al. *Evolution of closed urinary drainage systems use and associated factors in Spanish hospitals*. J Hosp Infect. 2004;57:332-8.
- ⁽¹⁹⁾ Webster J, Hood RH, Burridge CA, Doidge ML, Phillips KM, George N. *Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: a randomized controlled trial*. Am J Infect Control 2001;29:389–394.
- ⁽²⁰⁾ NICE, National Institute for Health and Care Excellence. NICE clinical guideline 139, March 2012. *Infection: Prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care*.
- ⁽²¹⁾ Centers for Disease Control and Prevention. *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Updating the Guideline Methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. Available from <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/2009-10-29HICPACguidelineMethodsFINAL.pdf>.
- ⁽²²⁾ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, Data Summary for 2011, Device-Associated Module*. Atlanta: CDC, 2013. <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/dataStat/NHSN-Report-2011-Data-Summary.pdf>. Accessed November 28, 2013.



- ⁽²³⁾ Burton DC, Edwards JR, Srinivason A, Fridkin SK, Gould CV. *Trends in catheter-associated urinary tract infections in adult intensive care units—United States, 1990–2007*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:748–756.
- ⁽²⁴⁾ Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, et al. *Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2005; 31(5): 243-248.
- ⁽²⁵⁾ Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- ⁽²⁶⁾ Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. *Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change*. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15: 235-239.
- ⁽²⁷⁾ Fong JJ, Cecere K, Unterborn J, Garpestad E, Klee M, Devlin JW. *Factors influencing variability in compliance rates and clinical outcomes among three different severe sepsis bundles*. *Ann Pharmacother*. 2007; 41: 929-936.
- ⁽²⁸⁾ Aragon D, Sole ML. *Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU*. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2006; 18: 441-452.
- ⁽²⁹⁾ Titsworth WL, Hester J, Correia T, et al. *Reduction of catheter associated urinary tract infections among patients in a neurological intensive care unit: a single institution's success*. *J Neurosurg* 2012;116:911–920.

**Anexo IV - Norma 021/2015: “Feixe de Intervenções” de
Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação**



NORMA

NÚMERO: 021/2015
DATA: 16/12/2015
ATUALIZAÇÃO 30/05/2017

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação
PALAVRAS-CHAVE: Prevenção, Pneumonia, UCI, Ventilação, Intubação
PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções:

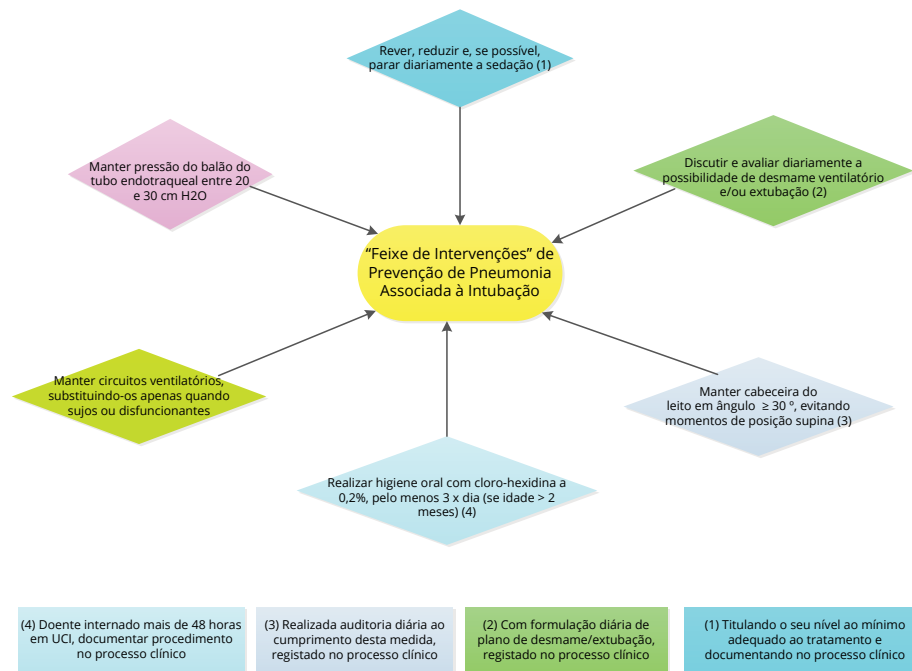
- a) Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Categoria IA)⁽¹⁻⁷⁾;
- b) Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico (Categoria IA)^(1-4, 8-11);
- c) Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico (Categoria IIbA)^(1-4, 12-15);
- d) Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Categoria IIA)^(1-4, 16-24);
- e) Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Categoria IA)^(1-4, 25-28);
- f) Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O (Categoria IIC)^(29,30).

2. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.



3. O algoritmo clínico

“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação



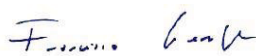


4. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções"				
Critérios	Sím	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência de que na pessoa é efetuada revisão, redução e, se possível, a paragem diária da sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentado no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa é efetuada discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa é mantida a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina, sendo realizada auditoria diária ao cumprimento desta medida, registado no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa com idade superior a dois meses é realizada higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos (UCI) mais de 48 horas e documentar no processo clínico				
Existe evidência de que na pessoa são mantidos os circuitos ventilatórios, sendo substituídos apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes				
Existe evidência de que na pessoa a pressão do balão do tubo endotraqueal é mantida entre 20 e 30 cmH ₂ O				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

5. O conteúdo da presente Norma, após discussão pública e análise dos comentários recebidos, poderá vir a ser alterado pelo Departamento da Qualidade na Saúde e pela posterior validação científica da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
6. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. Na presente Norma foram utilizadas as categorias do CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*)/HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*)⁽³¹⁾ indicativas da força e qualidade da evidência da recomendação:
- 1) Categoria IA - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados;
 - 2) Categoria IB - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica;
 - 3) Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações;
 - 4) Categoria II - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.
- B. A pneumonia associada à intubação é a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubado há menos de 48 horas.
- C. *Bundles*, que aqui se traduzem para “feixes”, são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.
- D. “Feixes de intervenções” têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Fundamentação

- A. É recomendado que, no planeamento de cuidados baseados em “feixes de intervenções”, cada aspeto esteja bem definido e apoiado em evidência proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado.
- B. São, assim, *bundles*, bem mais do que uma lista, já que todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de

medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido e portanto sendo a auditoria do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas).

- C. O “feixe de intervenções” apresenta unidade de tempo e de espaço, no sentido em que todas as intervenções ocorrem num tempo e num local ou área específicos ^(31,32). Vários grupos colaborativos demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação desta estratégia ⁽³²⁻³⁴⁾.
- D. O poder do “feixe de intervenções” decorre da evidência em que radica cada um dos elementos e da metodologia de implementação. São múltiplas as metodologias de implementação possíveis, nomeadamente a nomeação de uma comissão para rever as recomendações e para as comparar com as práticas habituais da unidade clínica, a formação dos profissionais da unidade clínica sobre os seus componentes, a realização de auditorias para avaliar a adesão e a comunicação dos indicadores de processo e de resultados de retorno aos profissionais. O desenvolvimento do processo beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar e multiprofissional ^(35,36).
- E. A pneumonia associada à intubação é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade ⁽³⁷⁻⁴¹⁾.
- F. Em Portugal, esta infeção é monitorizada pelo HAI-ICU da ECDC e os valores de incidência têm vindo a diminuir de 11,2 para 7,1 por 1000 dias de intubação, entre 2008 e 2014 ⁽⁴²⁾. Há ainda uma significativa margem de melhoria, uma vez que a implementação de “feixes de intervenções” tem, noutros países, permitido reduções de incidência para valores entre 0 e 2% ⁽⁴³⁾.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.



- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Taxa de pneumonia associada a intubação (mensal, trimestral, semestral, anual) por 1000 dias de intubação:
 - a) Numerador: Número de casos novos de PAI no mês no período considerado (1000 dias de intubação);
 - b) Denominador: Número total de dias pessoa intubada no mesmo período.
 - 2) Taxa de adesão (mensal, trimestral, semestral, anual) à implementação do “feixe de intervenções” de prevenção associada à intubação:
 - a) Numerador: Número de dias pessoa intubada em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe no período considerado;
 - b) Denominador: Número total de dias pessoa intubada no mesmo período.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por José Artur Paiva (coordenação científica), Paulo André Fernandes, Maria Goreti Silva, Ana Paula Cruz e António Sousa Uva.
- C. A elaboração da proposta da presente Norma teve ainda o apoio do Conselho Científico do PPCIRA.

- D. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- E. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Coordenação Técnica

A Coordenação Técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes .

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
PPCIRA	Programa de prevenção e controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos



Referências Bibliográficas

- ⁽¹⁾ Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell MD, Lee G, Magill SS, Maragakis LL, Priebe GP, Speck K, Yokoe DS, Berenholtz SM. *shea/idsa practice recommendation. Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update*. Infection Control and Hospital Epidemiology 2014, 35, S2: 915-36.
- ⁽²⁾ Yokoe DS, Andersen DJ, Berenholtz SM, et al. *Introduction to "A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Updates."* Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35(5): 455-459.
- ⁽³⁾ Health Protection Scotland. National Health Services Scotland. *Compendium of Health Care Associated Infection Guidance*. <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/hai-compendium/hai-compendium-v-3-4.pdf>
- ⁽⁴⁾ Patient Safety First. *Reducing harm in critical care: reducing harm from mechanical ventilation*. Ventilator bundle. www.patientsafetyfirst.nhs.uk
- ⁽⁵⁾ Strom T, Martinussen T, Toft P. *A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial*. Lancet 2010; 375: 475-480.
- ⁽⁶⁾ Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. *Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation*. N Engl J Med 2000; 342: 1471-1477.
- ⁽⁷⁾ Schweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. *Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients*. Crit Care Med 2004; 32: 1272-1276.
- ⁽⁸⁾ Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, et al. *A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation*. Crit Care Med 1997; 25: 567- 574.
- ⁽⁹⁾ Marelich GP, Murin S, Battistella F, Inciardi J, Vierra T, Roby M. *Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses: effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia*. Chest 2000; 118: 459-467.
- ⁽¹⁰⁾ Lellouche F, Mancebo J, Jolliet P, et al. *A multicenter randomized trial of computer-driven protocolized weaning from mechanical ventilation*. Am J Respir Crit Care Med 2006; 174: 894-900.
- ⁽¹¹⁾ Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, et al. *Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously*. N Engl J Med 1996; 335: 1864- 1869.

- ⁽¹²⁾ Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. *Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial.* Lancet 1999; 354: 1851–1858.
- ⁽¹³⁾ van Nieuwenhoven CA, Vandenbroucke-Grauls C, van Tiel FH, et al. *Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study.* Crit Care Med 2006; 34: 396–402.
- ⁽¹⁴⁾ Keeley L. *Reducing the risk of ventilator-acquired pneumonia through head of bed elevation.* Nurs Crit Care 2007; 12: 287–294.
- ⁽¹⁵⁾ Alexiou VG, Ierodiakonou V, Dimopoulos G, Falagas ME. *Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials.* J Crit Care 2009; 24: 515–522.
- ⁽¹⁶⁾ Chlebicki MP, Safdar N. *Topical chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis.* Crit Care Med 2007; 35: 595–602.
- ⁽¹⁷⁾ Pileggi C, Bianco A, Flotta D, Nobile CG, Pavia M. *Prevention of ventilator-associated pneumonia, mortality and all intensive care unit acquired infections by topically applied antimicrobial or antiseptic agents: a meta-analysis of randomized controlled trials in intensive care units.* Crit Care 2011; 15: R155.
- ⁽¹⁸⁾ Labeau SO, Van de Vyver K, Brusselaers N, Vogelaers D, Blot SI. *Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis.* Lancet Infect Dis 2011; 11: 845–854.
- ⁽¹⁹⁾ Tantipong H, Morkhareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V. *Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia.* Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29: 131–136.
- ⁽²⁰⁾ Li J, Xie D, Li A, Yue J. *Oral topical decontamination for preventing ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* J Hosp Infect 2013; 84: 283–293.
- ⁽²¹⁾ Shi Z, Xie H, Wang P, et al. *Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia.* Cochrane Database Syst Rev 2013; 8: CD008367.



- ⁽²²⁾ Silvestri L, Weir I, Gregori D, et al. *Effectiveness of oral chlorhexidine on nosocomial pneumonia, causative microorganisms and mortality in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis*. Minerva Anestesiol. Electronically published November 21, 2013.
- ⁽²³⁾ Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. *Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: systematic review and meta-analysis*. JAMA Intern Med 2014; 174: 751–761.
- ⁽²⁴⁾ Chan EY, Ruest A, Meade MO, Cook DJ. *Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2007; 334: 889.
- ⁽²⁵⁾ Dreyfuss D, Djedaini K, Weber P, et al. *Prospective study of nosocomial pneumonia and of patient and circuit colonization during mechanical ventilation with circuit changes every 48 hours versus no change*. Am Rev Respir Dis 1991; 143: 738–743.
- ⁽²⁶⁾ Kollef MH, Shapiro SD, Fraser VJ, et al. *Mechanical ventilation with or without 7-day circuit changes: a randomized controlled trial*. Ann Intern Med 1995; 123: 168–174.
- ⁽²⁷⁾ Long MN, Wickstrom G, Grimes A, Benton CF, Belcher B, Stamm AM. *Prospective, randomized study of ventilator associated pneumonia in patients with one versus three ventilator circuit changes per week*. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 14–19.
- ⁽²⁸⁾ Lorente L, Lecuona M, Galvan R, Ramos MJ, Mora ML, Sierra A. *Periodically changing ventilator circuits is not necessary to prevent ventilator-associated pneumonia when a heat and moisture exchanger is used*. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25: 1077–1082.
- ⁽²⁹⁾ Valencia M, Ferrer M, Farre R, et al. *Automatic control of tracheal tube cuff pressure in ventilated patients in semirecumbent position: a randomized trial*. Crit Care Med 2007; 35(6):1543–1549.
- ⁽³⁰⁾ Nseir S, Zerimech F, Fournier C, et al. *Continuous control of tracheal cuff pressure and microaspiration of gastric contents in critically ill patients*. Am J Respir Crit Care Med 2011; 184(9): 1041–1047.
- ⁽³¹⁾ Centers for Disease Control and Prevention. *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Updating the Guideline Methodology of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. Available from http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/2009-10-29HICPAC_guidelineMethodsFINAL.pdf.

- ⁽³²⁾ Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, et al. *Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2005; 31(5): 243-248.
- ⁽³³⁾ Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- ⁽³⁴⁾ Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick DM. *Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change*. Qual Saf Health Care. 2006; 15: 235-239.
- ⁽³⁵⁾ Fong JJ, Cecere K, Unterborn J, Garpestad E, Klee M, Devlin JW. *Factors influencing variability in compliance rates and clinical outcomes among three different severe sepsis bundles*. Ann Pharmacother. 2007; 41: 929-936.
- ⁽³⁶⁾ Aragon D, Sole ML. *Implementing best practice strategies to prevent infection in the ICU*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2006; 18: 441-452.
- ⁽³⁷⁾ Hayashi Y, Morisawa K, Klompas M, et al. *Toward improved surveillance: the impact of ventilator-associated complications on length of stay and antibiotic use in patients in intensive care units*. Clin Infect Dis 2013;56(4):471-477.
- ⁽³⁸⁾ Muscedere J, Sinuff T, Heyland D, et al. *The clinical impact and preventability of ventilator-associated conditions in critically ill mechanically ventilated patients*. Chest 2013;144(5): 1453-1460.
- ⁽³⁹⁾ Klein Klouwenberg PM, van Mourik MS, Ong DS, et al. *Electronic implementation of a novel surveillance paradigm for ventilator-associated events: feasibility and validation*. Am J Respir Crit Care Med 2014;189(8):947-955.
- ⁽⁴⁰⁾ Klompas M, Kleinman K, Murphy MV. *Descriptive epidemiology and attributable morbidity of ventilator-associated events*. Infect Control Hosp Epidemiol 2014;35(5):502-510.
- ⁽⁴¹⁾ Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RH, et al. *Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies*. Lancet Infect Dis 2013;13(8):665-671.



- ⁽⁴²⁾ Relatório PPCIRA DGS 2013. Direção-Geral da Saúde. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Dados de Vigilância Epidemiológica do Programa HAI-Net Infeção do Local Cirúrgico. 2013-2014.
- ⁽⁴³⁾ Scottish Patient Safety Program. <http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/>

Apêndices

**Apêndice I - Instrumentos de suporte para utilização diária
pelo responsável de turno**

Camas:										
Critérios:	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—	—/—/—
Existe evidência de que na pessoa é efetuada <u>revisão, redução e, se possível, a paragem diária da sedação</u> , maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentado no processo clínico.	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é efetuada <u>discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação</u> , com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico.	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é mantida a <u>cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$</u> , evitando momentos de posição supina, sendo realizada auditoria diária ao cumprimento desta medida, registado no processo clínico.	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é realizada <u>higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3x/dia</u> , em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48h e documentar no processo clínico.	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa são mantidos os <u>circuitos ventilatórios</u> , sendo substituídos <u>apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes</u> .	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa a <u>pressão do balão</u> do tubo endotraqueal é mantida <u>entre 20 e 30 cmH₂O</u> .	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Subtotal										
Índice de conformidade										

Camas:											
Critérios:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Existe evidência de que no doente é <u>avaliada a necessidade de colocar cateter venoso central</u> , registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado cateter venoso central com <u>número mínimo de lumens adequado</u> à situação do doente	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que é realizada por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num <u>raio de 2 metros</u> , <u>preparação pré-cirúrgica das mãos</u> e precauções de barreira máximas (<u>bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara</u>); higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele; preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes; <u>técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara</u>	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que no doente é realizada <u>antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool</u> , antes da colocação do cateter venoso central; fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos; usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que no doente é usado <u>campo cirúrgico que cubra totalidade da sua superfície</u> corporal	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que no doente não é usado <u>acesso femoral</u> , sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que no doente é usado <u>acesso subclávio ou jugular interno</u> , conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; in experiência do operador para acesso subclávio	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que no doente é utilizada <u>técnica asséptica na realização do penso</u> ; garantia do local de introdução limpo e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Subtotal											
Índice de conformidade											

Camas:										
Critérios:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Existe evidência de que é <u>avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente</u>	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que é realizada <u>higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central</u> no doente	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que a nível do cateter venoso central no doente, são <u>descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manuseamento local</u> ; descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, <u>durante 10 a 15 segundos</u> e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na realização de penso no doente é: <u>garantido o local de inserção e sem sangue</u> ; uso de <u>máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado</u> para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de <u>cloro-hexidina a 2% em álcool</u> na antissepsia da pele; <u>data</u> do penso	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que é <u>mudado penso</u> no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente <u>sujo</u> , com sangue ou descolado da pele; <u>48 horas após a sua realização</u> ; se penso com compressa; <u>7 dias</u> após a sua realização, se penso transparente	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Subtotal										
Índice de conformidade										

Camas:											
Critérios:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Existe evidência de que na pessoa é efetuada avaliação sistemática da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e documentação sistemática da razão que o torna necessária no processo clínico	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é efetuado cumprimento da técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, pessoa a pessoa, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que é efetuada realização da higiene diária do meato uretral, pela pessoa (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde à pessoa e família sobre cuidados de prevenção de infecção urinária associada a cateter vesical	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Existe evidência de que na pessoa é efetuada verificação diária da necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA	S N NA
Subtotal											
Índice de conformidade											

6.4. Apêndice D - Projeto: Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico

Projeto de investigação

Informação sobre o projeto
Título: Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico
Investigador Principal
Nome: Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira
Orientação
Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto.
População-alvo
Enfermeiros que exercem funções em serviços de assistência ao doente crítico, nomeadamente a nível da urgência intra-hospitalar (Serviço de Urgência), emergência extra-hospitalar e Unidades de Cuidados Intensivos.
Resumo
A evolução dos contextos de trabalho tem aumentado a pressão sobre trabalhadores. Os riscos psicossociais cada vez mais são considerados como um problema de saúde pública que carece de ser controlado pelos perigos pessoais, organizacionais e sociais que compreendem.

Ao longo dos anos, tem vindo a ser comprovado que os trabalhadores sujeitos a ambientes de trabalho desfavoráveis, com falta de apoio e com cargas de trabalho física e emocionalmente elevadas desenvolvem com o tempo distúrbios físicos, psicológicos e sociais que os afetam não só como pessoas, mas como trabalhadores. Estas situações, caso não sejam controladas por mecanismos de gestão eficazes que permitam a deteção e intervenção, preferencialmente precoce, para além do potencial de influenciarem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população, potenciam custos para as organizações e mesmo para a sociedade que chegam aos milhares de milhões de euros.

Este projeto foi concebido com o objetivo de perceber a que riscos psicossociais estão sujeitos os enfermeiros que trabalham na assistência ao doente crítico a norte de Portugal, pela aplicação do Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II), versão traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa.

Com os resultados obtidos é igualmente objetivo deste trabalho identificar os principais fatores de risco a que estão sujeitos estes profissionais, tendo em conta a sua área de atuação, intra ou extra-hospitalar, alertando para a necessidade de intervenção e implicando, por sua vez, a melhoria da qualidade dos cuidados através da elaboração de um protocolo de prevenção de riscos psicossociais.

Palavras Chave: Riscos psicossociais; Enfermeiros; Urgência; Emergência

Estado da arte

O erro, reconhecido pela OMS como um *desvio não intencional em procedimentos operacionais-padrão ou Normas de Orientação Clínica* ou mesmo um *ato de comissão ou omissão que causou, ou contribuiu, para a causa do dano não intencional*, surge muitas vezes em associação aos eventos adversos quando *ocorre no decurso da prestação de cuidados de saúde e produz uma alteração mensurável no estado do doente*[1]. Os serviços de emergência têm vindo a ser descritos como as áreas de intervenção mais propensas a erros por parte dos profissionais [2,3], havendo dados que demonstram que os enfermeiros estão em posições chave para os detetar antes de afetarem os doentes[2].

A temática da segurança, no sentido de se garantir a qualidade dos cuidados prestados, tem vindo a ser sujeita a estudo e intervenção quer nacional como internacionalmente. Nesta sequência, já em 2002 a Organização Mundial de Saúde alertou para a necessidade de intervenção sobre esta temática, o que culminou na criação da World Alliance for Patient Safety em 2004 e no desenvolvimento da Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, em 2009. Estas ideologias/recomendações do foro internacional acabaram por influenciar as políticas de gestão em saúde vigentes em Portugal, sendo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o exemplo disso[4,5].

Ainda assim, a investigação científica na área da enfermagem tem vindo a dar os seus contributos para a qualidade e segurança de cuidados, realçando que o foco não deve estar apenas direcionado para os doentes, mas para todos os fatores que influenciam os seus resultados.

Os estudos RN4CAST têm vindo a revelar que a segurança dos doentes passa efetivamente pela qualidade dos cuidados, mas que esta última está também relacionada com as condições de trabalho dos enfermeiros. Assim, tem-se demonstrado que os níveis de stress e pressão ocasionados pelos modelos de gestão vigentes estão gradualmente a conduzir à exaustão, à despersonalização e à perda de realização profissional dos enfermeiros[6]; que os ambientes de prática são desfavoráveis e requerem intervenção, principalmente no que concerne às dimensões da adequação de recursos humanos e materiais, da participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, assim como da liderança e apoio dos enfermeiros[7]; que os níveis de *engagement* dos enfermeiros são afetados pelas condições organizacionais[8]; e que o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros aumenta o risco de morte dos doentes[9].

Neste sentido, pelo potencial de afetar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, os riscos psicossociais têm vindo a ser alvo de atenção por parte da investigação científica e de intervenção por organizações nacionais e internacionais. Já no final do século passado os riscos psicossociais eram definidos pela Organização Internacional do Trabalho, como as interações entre o conteúdo do trabalho, a organização e a gestão do mesmo com outras condições organizacionais e ambientais,

como as competências e necessidades dos trabalhadores ou outros fatores que provassem ter uma influência perigosa na saúde dos trabalhadores através das suas perceções e experiências[10]. A controvérsia na definição de riscos psicossociais mantém-se nos dias hoje, havendo quem valorize como causa a organização do trabalho, enquanto outros autores enunciam aspetos sociais e económicos, como o estatuto ou a remuneração[11]. Ainda assim, aquilo que realmente importa para que um risco para saúde no trabalho seja psicossocial é, para além da sua manifestação, a sua origem, devendo ser reconhecidos todos os riscos que, originados pelas condições de trabalho e por fatores organizacionais e relacionais, tenham potencial para afetar a saúde mental, física e social dos trabalhadores[12,13].

Hoje em dia, a temática dos riscos psicossociais está em voga como se fosse uma nova descoberta, mas há quem defenda que surgiram nos anos 70, em função das alterações no mundo do trabalho[14]. Na realidade, o meio laboral evoluiu pela necessidade de organizações mais dinâmicas e adaptáveis a um ambiente em constante mutação[15]. A alteração do valor e significado que o trabalho tem para os indivíduos e grupos sociais, as novas formas de organização, as alterações socioeconómicas, a alteração dos espaços, do conteúdo e da natureza do trabalho, não só justificam o aumento da visibilidade deste tema[16,17], como potenciaram um aumento no esforço mental, ritmo e sobrecarga de trabalho, nos níveis de atenção e concentração, na responsabilidade e em horários mais diferenciados para os trabalhadores[18]. Esta combinação de fatores tem contribuído para a potenciação dos riscos psicossociais no local de trabalho, os quais crescem proporcionalmente com os níveis de stress dos trabalhadores[19]. Ainda assim, o stress ocupacional, reconhecido como a resposta que as pessoas podem ter quando expostas a exigências e pressões do trabalho que não são compatíveis com as suas capacidades, apesar de ser o risco psicossocial de maior relevo e cuja experiência durante longos períodos pode conduzir a problemas graves na saúde física e psicológica dos trabalhadores, não é o único risco reconhecido. A ele se juntam o burnout, a violência, o assédio e o bullying/mobbing, como os principais desafios para a saúde ocupacional[19–22]. A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho reconhece diversas condições organizacionais como potenciadoras destes problemas (enunciadas na

Tabela 1), mas admite que *não devem ser confundidas com um ambiente de trabalho saudável e exigente, que apoia os trabalhadores, estimulando e incentivando ao máximo o seu desenvolvimento e desempenho, em função das suas capacidades*[22].

Fatores de risco psicossociais no local de trabalho
• trabalho excessivamente exigente e/ou tempo insuficiente para concluir as tarefas
• exigências contraditórias e falta de clareza relativamente ao papel a desempenhar pelo trabalhador
• desadequação entre as exigências do trabalho e as competências do trabalhador
• falta de envolvimento na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de influência sobre a forma como o trabalho é realizado
• trabalhar sozinho, especialmente quando em contacto com elementos do público ou clientes, e/ou ser sujeito a violência por parte de um terceiro suscetível de assumir a forma de agressão verbal, atenção sexual indesejada ou violência física potencial ou real
• falta de apoio por parte das chefias e dos colegas e fracas relações interpessoais
• assédio psicológico ou sexual no local de trabalho
• distribuição injusta do trabalho, ou das recompensas, promoções ou oportunidades de carreira
• comunicação ineficaz, mudanças organizativas mal geridas e insegurança no emprego
• dificuldades em conjugar os compromissos no trabalho e em casa

Tabela 1 - Fatores de risco psicossociais no local de trabalho, de acordo com Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho[22]

Na última sondagem de opinião europeia sobre a segurança e saúde no local de trabalho realizada em 2013, foi possível inferir que 72% dos trabalhadores consideram que a reorganização do trabalho ou a insegurança em termos de emprego constitui uma das causas mais comuns de stress relacionado com o trabalho; 66% atribuem o stress a horas de trabalho excessivas ou carga de trabalho; 59% atribuem o stress ao facto de estarem sujeitos a comportamentos abusivos, como bullying ou assédio; 51% de todos os trabalhadores dão conta de que o stress relacionado com o trabalho é algo que é comum no seu local de trabalho; e quatro em cada dez trabalhadores considera que o stress não é corretamente gerido no seu local de trabalho[23].

Os riscos psicossociais no trabalho constituem então um desafio da atualidade não só pelo impacto que têm na saúde das pessoas mas também nas próprias organizações e na economia do país [24]. Este tipo de riscos, decorrentes não só de dificuldades na conceção, organização e gestão do trabalho, mas também de um ambiente laboral desfavorável à boa prática profissional, para além de culminarem em compromissos físicos e/ou psicológicos do trabalhador, afetando a sua produtividade, conduzem a absentismo, presenteísmo (presentes no serviço, mas incapazes de trabalhar) e aumento das taxas de acidentes e lesões, situações reconhecidas como consequências negativas para os empregadores. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, os períodos de absentismo tendem mais elevados quando são potenciados por estas causas e os custos estimados para as empresas e para a sociedade chegam aos milhares de milhões de euros a nível nacional[22,24]. Assim, tem vindo a ser demonstrado que: 50%-60% de todos os dias de trabalho perdidos podem ser atribuídos ao stress relacionado com o trabalho e a riscos psicossociais[25] e que estas situações implicam custos totais na União Europeia, relacionadas ou não com o trabalho, estimados em 240 mil milhões de euros por ano[26] dos quais 136 mil milhões euros advêm de perdas de produtividade, incluindo absentismo devido a baixas por doença. A depressão relacionada com o trabalho também tem sido alvo de estudo por parte da comunidade científica. Num recente projeto financiado pela União Europeia em 2013, o custo para os empregadores, resultantes da depressão relacionada com o trabalho, foi calculado em 617 mil milhões de euros anuais, nos quais estão incluídos 272 mil milhões de euros decorrentes do absentismo e do presentismo, 242 mil milhões de euros da perda de produtividade, 63 mil milhões de euros relativos a custos dos cuidados de saúde e 39 mil milhões de euros da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez[27].

Apesar do stress e dos riscos psicossociais estarem presentes em diversas formas de atividade laboral, vários estudos têm apontado para a necessidade de se distinguir os serviços de urgência e emergência pelas circunstâncias especiais em que se executa a sua atividade. Nestes contextos, a responsabilidade aumentada, o cuidado contínuo e ininterrupto, a necessidade satisfação das necessidades imediatas, a exposição

frequente ao sofrimento humano, ao luto e à morte, constituem fatores importantes a ter em conta na valorização dos riscos psicossociais dos trabalhadores[28]. Nestes contextos, tal como tem sido descrito em parágrafos anteriores, vários indicadores como a reforma precoce, o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, as doenças músculo-esqueléticas e outras doenças malignas, o aumento da ansiedade, depressão e distúrbios de stress pós traumático, o aumento da mortalidade, da morte súbita e da incidência de lesões relacionadas com o trabalho, sugerem que os profissionais de saúde que exercem as suas atividades nestas áreas de atuação estão expostos a maiores riscos quando comparados com outros trabalhadores[28–30], incorrendo igualmente em maior risco de erros durante a sua atividade[31]. Estes dados são ainda reforçados por uma revisão sistemática publicada recentemente e que é relativa à violência contra os profissionais que executam a sua atividade na área da emergência. Nessa publicação, a violência é considerada um risco comum para estes profissionais e carece de atenção e intervenção por parte das instituições[32]. Neste ponto é importante realçar que a violência, enquanto risco ocupacional, compreende lesões físicas, níveis de stress aumentados, perda de satisfação pelo trabalho, ansiedade, comportamentos de evitamento, comprometimento nas relações pessoais e nas reações perante a morte[33]

A abordagem de gestão de risco constitui uma boa alternativa para se tentar ultrapassar estas situações, não só pelo potencial de deteção precoce das situações críticas ao nível dos riscos psicossociais dos trabalhadores, mas para permitir a intervenção consoante a necessidade, assegurando-se a saúde dos trabalhadores[19,34]. Os modelos de gestão de risco são maioritariamente baseados no *Deming Cycle*, com as etapas “Plan, Do, Check and Act”, seguindo os seguintes pontos: (1) foco declarado numa população de trabalho definida, local de trabalho, conjunto de operações ou num tipo de equipamento em particular; (2) avaliação dos riscos de modo a perceber a natureza do problema e as suas causas; (3) delineamento e implementação de um plano de ação perante os riscos identificados; (4) avaliação das intervenções; (5) gestão ativa e cuidadosa do processo[35]. Deste modo, a gestão de riscos psicossociais não é uma atividade isolada, mas um processo com várias fases, que exige mudanças no ambiente de trabalho, em que a existência de um serviço

eficaz de gestão da saúde e segurança do trabalho se traduz em mais benefícios para as empresas[36].

Os modelos para a gestão de riscos psicossociais são relativamente simples, mas implicam uma análise e percepção adequadas daquilo que se apresenta. Quando se procura identificar uma situação de risco é preciso ter em atenção que essa identificação pode ser feita de duas formas: numa em que se procura identificar a situação específica que afeta os trabalhadores de um modo singular, em que a opinião de quem trabalha é um fator a ter em conta; noutra em que se procura chegar à situação de risco pela análise de indicadores organizacionais, no sentido de se perceber o motivo do seu peso (exemplo, a procura do motivo de determinado valor nos indicadores de absentismo). Por sua vez, quando se fala em planeamento de intervenção, não significa que se consiga eliminar o risco. A redução do seu efeito sobre a saúde dos trabalhadores pode ser mesmo a única solução. Neste ponto é importante realçar a necessidade de se ter em consideração a opinião de quem executa a atividade que está a ser sujeita a avaliação. A participação dos trabalhadores nos processos de análise, decisão e mudança é um fator importante a ter em conta para o sucesso[13].

Uma organização saudável é assim definida como aquela que tem valores e práticas propiciadoras da saúde e bem-estar dos trabalhadores, promovendo a produtividade e boa performance[13]. Por sua vez, um trabalho saudável é aquele em que as exigências sobre os funcionários estão em consonância com as suas capacidades e recursos, com a quantidade de controlo que possuem sobre o seu trabalho e com o apoio que recebem de pessoas importantes para si. Um ambiente de trabalho saudável, tendo em conta a definição de Saúde pela Organização Mundial de Saúde[37], é aquele em que não há apenas uma ausência de condições negativas, mas uma abundância de condições que promovem a saúde laboral, como é o caso da avaliação contínua dos riscos para a saúde, da prestação de informação e formação adequadas sobre questões de saúde ou da disponibilidade de práticas e estruturas de apoio organizacional à promoção da saúde, por exemplo[19].

A gestão dos riscos psicossociais e da saúde ocupacional relacionam-se ainda com a imagem global da organização e podem levar à redução do absentismo, dos acidentes,

dos erros e até mesmo dos custos relacionados com o tratamentos médicos ou seguros[13].

Objetivo

- Identificar os principais riscos psicossociais a que estão sujeitos os enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico;
- Identificar as diferenças de risco entre os profissionais que exercem funções nos diferentes serviços de prestação de cuidados ao doente crítico;
- Contribuir para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico, através da divulgação dos resultados e da criação de um protocolo de prevenção dos riscos.

Material e Métodos

Nível de conhecimento: Estudo descritivo e correlacional

Controlo sobre as variáveis: Não experimental

Colheita de dados: Através da aplicação de um instrumento de colheita num único momento a cada um dos participantes, que cumpram os requisitos do estudo enquanto trabalhadores ao nível da urgência intra-hospitalar (Serviço de Urgência), extra-hospitalar e Unidades de Cuidados Intensivos.

Amostra: Não probabilística: Intencional, sendo selecionados enfermeiros que executem funções nos serviços supra referenciados, a norte de Portugal.

Este trabalho terá uma duração de 7 meses (Tabela 2) em que será solicitada a colaboração de enfermeiros que exercem funções na área do doente crítico para o preenchimento do Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II Versão Média). O COPSOQ é um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação das mais importantes dimensões psicossociais relacionadas com o contexto laboral. É apresentado em três versões, a curta, a média e a longa. Tendo em conta os objetivos deste trabalho foi

selecionada para aplicação a versão média que é constituída por 29 dimensões e 76 perguntas e pode ser usada para as fases de avaliação, planificação e inspeção, do processo de gestão de risco[38]. Considerando que este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa, foi pedido consentimento ao autor.

O processamento dos dados será feito com recurso ao sistema informático SPSS®, sendo os resultados apresentados num relatório final do mestrado e, dependendo da sua qualidade, publicados numa revista científica.

Este estudo será realizado fora do horário de trabalho dos enfermeiros, no seu tempo livre, não procurando identificar ou verificar comparações entre as instituições. O que se pretende conhecer são as vivencias dos profissionais enquanto enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico.

Será entregue a cada participante que aceitar participar, o instrumento de recolha de dados em formato papel, dentro de um envelope e com um código atribuído, pelo investigador principal.

Tabela 2 - Cronograma do estudo

Ano	2018						2019			
	MÊS	06	07	08	09	10	11	12	01	02
REVISÃO DA LITERATURA		■								
SELEÇÃO DO INSTRUMENTO		■								
COLHEITA DE DADOS			■							
ANÁLISE DE DADOS			■							
PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS									■	

Considerações éticas

Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia”, da Organização Mundial de Saúde e do Código Deontológico do Enfermeiro, assume-se o compromisso de respeitar não só sigilo institucional, mas também o sigilo dos participantes.

Nunca será necessária a identificação dos participantes sendo a estes atribuído um código e nunca será divulgada, ou será possível de identificar, a instituição onde trabalham os participantes.

Será obtido um consentimento por escrito, através da entrega de uma declaração de consentimento informado, prévia à aplicação do questionário, a cada um dos participantes que aceitar participar no estudo.

Referências Bibliográficas

1. Direção Geral da Saúde de Portugal. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico Final. 2011; 142.
2. Camargo CA, Tsai CL, Sullivan AF, Cleary PD, Gordon JA, Guadagnoli E, et al. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Ann Emerg Med.* Elsevier Inc.; 2012;60: 555–563.e20. doi:10.1016/j.annemergmed.2012.02.018
3. Fordyce J, Blank FSJ, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S, et al. Errors in a Busy Emergency Department. 2003; doi:10.1067/mem.2003.271
4. Ministério da Saúde. Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República.* 2015;28: 4–9. Available: <https://dre.pt/application/file/66457154>
5. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. ... Available <http://www.who.int/patientsafety/> 2009;1: 154. doi:WHO/IER/PSP/2010.2
6. Jesus E, Pinto A, Fronteira I, Mendes A. Estudo Rn4Cast Em Portugal: Percepção Dos Enfermeiros Sobre Burnout. *Rev Investig em Enferm.* 2014;9: 47–59. Available: http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9_Serie2.pdf

7. Jesus E, Roque S, Amaral A. Estudo Rn4Cast Em Portugal: Ambientes De Prática De Enfermagem. *Rev Investig em Enferm.* 2015;13: 26–44.
8. Pinto A, Jesus E, Mendes A, Fronteira I. Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Rev Investig em Enferm.* 2015;10: 26–37.
9. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383: 1824–1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
10. WHO. Psychosocial Factors At Work : Recognition and Control [Internet]. *Safety And Health.* 1984. doi:10.1016/S1090-3801(09)60542-5
11. Pinho R. Fatores de risco / riscos psicossociais no local de trabalho. *DGS - Programa Nac Saúde Ocup.* 2015; 1–32.
12. Gollac M, Bordier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapp du Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au Trav faisant suite à la demande du Minist du Trav l’emploi la santé.* 2011; 1–223.
13. Leka S, Cox T. Psychosocial risk management at the workplace. *Occupational Health Psychology.* West-Sussex: Wiley-Blackwell; 2010. pp. 124–156.
14. Valléry, G. & Leduc S. Les Risques Psychosociaux. *Collection encyclopédique: Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France; 2012.*
15. Costa LS, Santos M. Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. *Int J Work Cond.* 2013;June: 39–58.
16. Rantanen J. Avances en salud y seguridad en el trabajo. Como continuarlos de ahora en adelante? *Salud Ocup.* 1995;XIII.
17. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). EU-OSHA MULTI-ANNUAL STRATEGIC PROGRAMME (MSP) 2014-2020 [Internet]. 2013. p. 27. Available: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/corporate/eu-osha-multi-annual-strategic-programme-2014-2020/view>
18. Muñoz A. *Salud laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción.* Salamanca: Amarú Ediciones; 2006.

19. Leka S, Griffiths A, Cox T. Work Organization & Stress. Protecting Workers' Health. Geneva: World Health Organization; 2003. pp. 1–26. doi:92415904751729-3499
20. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). Expert Forecasts on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health [Internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2007. doi:ISSN 1830-5946
21. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Osha. 2010; 1–16. doi:10.2802/891278
22. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). Guia da campanha - Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho [Internet]. Luxemburgo; 2013. doi:10.2802/59689
23. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). European opinion poll on occupational safety and health [Internet]. 2013. p. 80. doi:10.2802/55505
24. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). Riscos psicossociais e stresse no trabalho [Internet]. 2018. Available: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
25. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). Research on Work-related Stress. Office for Official Publications of the European Communities. 2000. doi:http://europa.eu.int
26. Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (ENWHP). A guide to the business case for mental health. 2009; Available: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/8th_Initiative/MentalHealth_Broschuere_businesscase.pdf
27. Matrix. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. Specific Request EAHC/2011/Health/19 Implement Framework Contract EAHC/2010/Health/01 Lot 2. 2013; 1–132. Available:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf

28. Ilić IM, Arandjelović MŽ, Jovanović JM, Nešić MM. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Med Pr.* 2017;68: 167–178. doi:10.13075/mp.5893.00516
29. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2006;6: 1–10. doi:10.1186/1472-6963-6-82
30. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Bonde JP. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occup Environ Med.* 2006;63: 314–319. doi:10.1136/oem.2004.019398
31. Källberg AS, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2017;33: 14–19. doi:10.1016/j.ienj.2017.01.002
32. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *Am J Ind Med.* 2018;61: 167–180. doi:10.1002/ajim.22797
33. Richards J. Management of workplace violence victims. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: World Health Organisation; 2003. pp. 1–40.
34. Leka S, Cox T. The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF [Internet]. PRIMA-EF. I-WHO Publications, Nottingham. 2008. doi:10.1539/joh.O10010
35. Leka, S., Griffiths, A.J., & Cox T. Work-related stress: the risk management paradigm. In: Antoniou & C.L. Cooper, editor. *A Research Companion to Organizational Health Psychology*. Chichester: Wiley; 2005.
36. Eurofound and EU-OSHA. *Psychosocial Risks in Europe - Prevalence and Strategies for Prevention*. 2014. doi:10.2806/70971
37. WHO. WHOQOL and Spirituality , Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). *Soc Chang Ment Heal Clust.* 1998;

38. Silva C, Bem-haja P, Amaral V, Pereira A, Pereira A, Patrone Cotrim T, et al. Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II. Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho. Porto: RICOT; 2014. pp. 347–369.

6.5. Apêndice E – Pedido de consentimento ao hospital

De acordo com o protocolo de investigação de causa

do Ped

Dr. J. P. Moreira da Silva
Diretor Clínico

5
3
18

TRABALHO INVESTIGAÇÃO

139/2018

M. Moreira
M2 - Alms
14/07/2018

"Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico"

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Urgencia, UCIP

INVESTIGADOR: Hugo Alexandre N F G Meira

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 19 / 07 / 2018

Nada a opor do ponto de vista ético, falta parecer do Diretor de Serviço

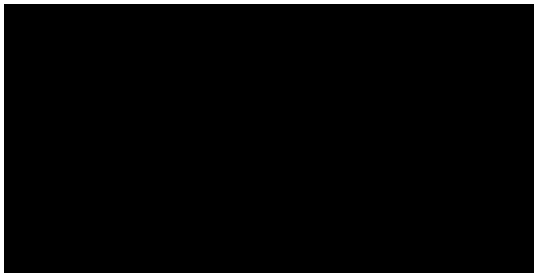
Documentos analisados:

- Documento do CES
- Modelo de Consentimento Informado
- Instrumento de Colheita de Dados
- Questionário de avaliação dos riscos Psicossociais

O Presidente da CES

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 19 / 07 / 2018

441



Comissão de Ética

Tipo de trabalho:

Investigação _____

Âmbito:

Académico x

Profissional

CES



1. Identificação da investigação/trabalho

a - Nome do investigador principal:

Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira

b - Nome do orientador (se aplicável):

Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

c - Título da investigação/trabalho

Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico

d - Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho

Serviço de Urgência, UCIP

e - Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?

SIM NÃO

f - Tempo previsto para o decurso da investigação/trabalho

1 mês

g - Objetivos da investigação/trabalho

- Identificar os principais riscos psicossociais a que estão sujeitos os enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico;
- Identificar as diferenças de risco entre os profissionais que exercem funções nos diferentes serviços de prestação de cuidados ao doente crítico;
- Contribuir para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico, através da divulgação dos resultados.

h - População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)

Enfermeiros que executem as suas funções em serviços de prestação de cuidados ao doente crítico.

i - Tipo de amostragem

Este estudo conta com uma amostra não probabilística - intencional

j - Variáveis consideradas (se aplicável)

k – Método de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)

Será entregue a cada participante que aceitar participar, o instrumento de recolha de dados em formato papel, dentro de um envelope e com um código atribuído, pelo investigador principal.

Instrumento: Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSOQ II, Versão média

l- Quem colhe os dados?

Os questionários serão entregues, recebidos e tratados pelo investigador principal

2. Riscos/Benefícios

a – A investigação/trabalho envolve:

Doentes Acompanhantes/família Profissionais
Outros Quais? Enfermeiros

b – Que benefícios poderão advir para os participantes?

Através da identificação e da divulgação dos riscos psicossociais a que estão sujeitos os profissionais que prestam assistência ao doente crítico, podem advir benefícios de melhoria das suas condições de trabalho, implicando por sua vez a melhoria da qualidade dos cuidados através da elaboração de um protocolo de prevenção de riscos psicossociais.

c – Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

Nenhum.

3. Confidencialidade e anonimato

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM NÃO

4. Consentimento

a – Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM NÃO NÃO Aplicável

b – Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM NÃO NÃO Aplicável

c – A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente)?

NÃO NÃO Aplicável

SIM Quais? _____

d – Que razões justificam este envolvimento?

[Empty box for response]

e – Como pretende obter o consentimento?

Por escrito, através da entrega de uma declaração de consentimento informado, prévia à aplicação do questionário, a cada um dos participantes.

5. Propriedade dos dados

a – Exigindo a investigação/trabalho a constituição de uma base de dados, está pedido o parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (Lei nº 67/98 de 25 de Outubro)?

SIM NÃO NÃO Aplicável X

b – Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM X NÃO

6. Aspectos financeiros

a – A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO X NÃO Aplicável

SIM Quem suportará os custos? _____

b – A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO X NÃO Aplicável

SIM Quem suportará os custos? _____

c – Esta investigação/trabalho é financiado?

NÃO X NÃO Aplicável

SIM Por quem? _____

7. Conflito de interesses

SIM NÃO X

8. Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo-assinado, Vitor Alexandre V.T.G. Paixão, na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

NOTA: Quando aplicável anexar exemplar do Consentimento Informado, do (s) instrumento (s) de colheita de dados.

Vila Nova de Gaia, 25/ Outubro/ 2018

[Signature]
O Investigador Principal/Autor

CES

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

6.6. Apêndice F - Pedido de consentimento aos participantes

Declaração De Consentimento Para Participação No Estudo

(Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia “e da Organização Mundial de Saúde)

Eu, Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira, Mestrando em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, pretendo realizar um estudo subordinado ao tema” Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que Prestam Assistência ao Doente Crítico” para o qual solicito a sua colaboração. Com o estudo pretende-se que os enfermeiros que prestem cuidados ao doente crítico, ao nível dos Serviços de Urgência intra-hospitalar, Emergência extra hospitalar e Unidades de Cuidados Intensivos, relatem as suas vivências e experiências nestes ambientes de trabalho, através do preenchimento de um questionário, com o intuito de identificar os riscos a que estão sujeitos durante a sua atividade.

Importa realçar que não se pretende relacionar os resultados com nenhuma instituição hospitalar, pelo que é solicitado aos enfermeiros que trabalham nas referidas áreas, não só que participem neste estudo fora do seu horário de trabalho, de modo a não comportar custos para a instituição, como a não identificar em nenhum momento a instituição em que exercem. Será atribuído um código a cada participante salvaguardando-se a sua identidade e a identificação da instituição.

O instrumento de recolha de dados é apresentado sobre a forma de questões, sendo solicitado que cada participante que exprima a sua resposta pelo preenchimento de uma escala de medida.

O instrumento deste estudo está validado e adaptado para a população portuguesa e tem por objetivo identificar os riscos psicossociais a que estão sujeitos os profissionais no seu local de trabalho.

Este estudo tem por objetivos:

- Identificar os principais riscos psicossociais a que estão sujeitos os enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico;
- Identificar as diferenças de risco entre os profissionais que exercem funções nos diferentes serviços de prestação de cuidados ao doente crítico;
- Contribuir para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico, através da divulgação dos resultados e da criação de um protocolo de prevenção dos riscos.

A participação no estudo é totalmente voluntária. As informações e os dados fornecidos destinam-se apenas a este estudo pelo que será garantida a confidencialidade e anonimato na sua utilização e divulgação, exclusivamente com fins científicos, para um relatório final e publicação de um artigo numa revista científica.

Deste modo, caso concorde em participar, solicito que assine este documento sendo reconhecido o seu consentimento. A sua assinatura não coloca em causa a garantia de anonimato e confidencialidade.

A data e local de entrega e recolha do questionário será agendada individualmente para cada participante.

Ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.

O Investigador:

Data:

Email: hugmeira@gmail.com

Contacto telefónico: 912913466

O Participante:

Data

6.7. Apêndice G - Instrumento de colheita de dados

Questionário de avaliação dos Riscos Psicossociais

Indique com (x) a opção que corresponde à sua situação:

Grupo I - Dados Sociodemográficos						
Género	Masculino	<input type="checkbox"/>	Tempo no serviço	Até 10 anos	<input type="checkbox"/>	
	Feminino	<input type="checkbox"/>		11 a 20 anos	<input type="checkbox"/>	
Idade	21 a 30 anos	<input type="checkbox"/>		21 a 30 anos	<input type="checkbox"/>	
	31 a 40 anos	<input type="checkbox"/>		> de 31 anos	<input type="checkbox"/>	
	41 a 50 anos	<input type="checkbox"/>		Horas de trabalho por semana	35 horas	<input type="checkbox"/>
	51 a 60 anos	<input type="checkbox"/>			40 horas	<input type="checkbox"/>
	Mais de 60 anos	<input type="checkbox"/>	Tipo de horário	Fixo	<input type="checkbox"/>	
Graduação	Generalista	<input type="checkbox"/>		Turnos sem noites	<input type="checkbox"/>	
	Especialista	<input type="checkbox"/>	Turnos com noites	<input type="checkbox"/>		
Contrato	Função pública	<input type="checkbox"/>	Acumulação de funções noutras instituições	Sim	<input type="checkbox"/>	
	CIT	<input type="checkbox"/>		Não	<input type="checkbox"/>	
Serviço em que exerce funções	Pré-Hospitalar	<input type="checkbox"/>				
	SU	<input type="checkbox"/>				
	UCI	<input type="checkbox"/>				

Das seguintes afirmações indique (x) a que mais se adequa à sua resposta, de acordo com:

1- Nunca/ quase nada 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

Grupo II – Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II Versão Média)					
Exigências Quantitativas	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Precisa fazer horas-extra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo de trabalho					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exigências Cognitivas					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exigências Emocionais					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influência no trabalho					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código: _____

Possibilidades de desenvolvimento	1	2	3	4	5
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
Previsibilidade					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
Transparência do papel laboral desempenhado					
18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?					
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exatamente o que é esperado de si?					

1- Nunca/ quase nada. 2- Raramente. 3- Às vezes. 4- Frequentemente. 5- Sempre.

Recompensas	1	2	3	4	5
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
Conflitos laborais					
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
Apoio social de colegas					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
Apoio social de superiores					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
Comunidade social no trabalho					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					
Qualidade da liderança					
Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que...					

Código: _____

	1	2	3	4	5
36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

Confiança horizontal					
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
Confiança vertical					
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
Justiça e respeito					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
Auto-eficácia					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.					

1- Nada/ quase nada. 2- Um pouco. 3- Moderadamente. 4- Muito. 5- Extremamente.

Significado do trabalho	1	2	3	4	5
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
Compromisso face ao local de trabalho					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
Satisfação no trabalho					
Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...					
56. As suas perspetivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					

Código: _____

Insegurança Laboral	1	2	3	4	5
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

Saúde Geral	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Deficitária
61. Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

1- Nada/ quase nada. 2- Um pouco. 3- Moderadamente. 4- Muito. 5- Extremamente

Conflito trabalho/ família	1	2	3	4	5
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afetar a sua vida privada <u>negativamente</u> ?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afetar a sua vida privada <u>negativamente</u> ?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

1- Nunca/ quase nada. 2- Raramente. 3- Às vezes. 4- Frequentemente. 5- Sempre.

Problemas em dormir	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
Burnout					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
Stress					
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
Sintomas depressivos					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

1- Nunca/ quase nunca. 2- Raramente. 3- Às vezes. 4- Frequentemente. 5- Sempre

Comportamentos ofensivos	1	2	3	4	5
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

Obrigado pela atenção e tempo disponibilizados!

6.8. Apêndice H - Autorização para a utilização do instrumento de colheita

Pedido para utilizar escala COPSOQ II – Versão Média

Carlos Silva <csilva@ua.pt>
Para: Hugo Meira <hugmeira@gmail.com>

9 de junho de 2018 12:37

Prezado Colega
Tem autorização para usar o COPSOQ II, em qualquer das 3 versões: curta, média e longa.
Saudações cordiais
Carlos Fernandes da Silva

Enviado do meu iPad

No dia 09/06/2018, às 10:28, Hugo Meira <hugmeira@gmail.com> escreveu:

Exmo. Sr. Professor Doutor Carlos Silva

Sou aluno de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e estou a fazer um estudo relativo aos riscos psicossociais dos enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência e emergência, sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, e venho por este meio solicitar autorização para a utilizar a escala COPSOQ II – Versão Média com designação das subescalas.

Em anexo segue o pedido formal para, no caso de aceitar, reenviar após consentimento.

Agradecido pela atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Hugo Meira

<Pedido de Autorização.pdf>

Exmo. Sr. Professor Doutor Carlos Silva

Eu, Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira, Mestrando em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, no âmbito de um estudo intitulado “Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico”, venho por este meio solicitar o seu consentimento para a utilização da COPSQ II – Versão Média com designação das subescalas, cuja tradução e adaptação foi desenvolvida pelo Sr. Professor.

Para o desenvolvimento deste estudo, a utilização da COPSQ II – Versão Média com designação das subescalas seria uma mais valia para avaliar os riscos psicossociais a que estão sujeitos os enfermeiros que exercem funções em serviços de prestação de cuidados ao doente crítico, uma vez que se trata um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação das dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral.

Caso a autorização seja concedida, comprometo-me, no respeito integral pelos direitos de autor, a indicar como referência no meu estudo, a seguinte:

Silva C, Bem-haja P, Amaral V, Pereira A, Pereira A, Patrone Cotrim T, et al.
Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II.
Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho. Porto: RICOT; 2014. pp. 347–369.

Aguardando resposta, despeço-me com os melhores cumprimentos pessoais

Atenciosamente,
Hugo Alexandre Neves Fortes Guimarães Meira
Porto, 9 de Junho de 2018

6.9. Apêndice I - Resultados do estudo: Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico

Participantes

A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes foi realizada com base numa análise descritiva das variáveis. Estes dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

		N	(%)
Género	Masculino	14	23.0
	Feminino	47	77.0
Idade (intervalos)	21-30	20	32.8
	31-40	27	44.3
	41-50	9	14.8
	51-60	5	8.2
Graduação	Generalista	36	59.0
	Especialista	25	41.0
Tipo de contrato	Função Pública	15	24.6
	Contrato Individual de Trabalho	46	75.4
Serviço onde exerce funções	Pré-hospitalar	6	9.8
	Serviço Urgência (SU)	20	32.8
	Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	35	57.4
Acumulação de funções	Sim	26	42.6
	Não	35	57.4
Tipo de horário	Fixo	3	4.9
	Turnos sem noites	2	3.3
	Turnos com noites	56	91.8
Tempo no serviço	Até 10 anos	31	50.8
	11-20	20	32.8
	21-30	8	13.1
	> 31	2	3.3
Horário semanal	35 horas	56	91.8
	40 horas	6	8.2

Pela análise da Tabela 1 podemos observar que a amostra é constituída maioritariamente por participantes do *género* feminino (77.0%), pertencentes ao intervalo de idades compreendido entre os 31-40 anos (44.3%). Quanto à variável *graduação*, 59% são Enfermeiros Generalistas e no que se refere ao *tipo de contrato*, verificamos que 75.4% se encontram no regime de Contrato Individual de Trabalho. Relativamente ao *serviço onde exercem funções*, 57.4% trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos, seguido de 32.8% que trabalham em Serviços de Urgência. 57.4% *acumulam funções* com outros serviços e 91.8% trabalha em regime de turnos que incluem noites. 50.8% está no serviço de referência há 10 anos e 91.8% está integrado no *regime* de 35 horas de trabalho semanais.

Características psicométricas do COPSOQ

Na Tabela 2 são apresentados os indicadores da consistência interna (α de Cronbach) para as 29 subescalas que compõe a versão média do COPSOQ II, bem como os valores médios e desvio-padrão obtidos em cada subescala.

Tabela 2 – Consistência interna, médias e desvios-padrão das subescalas da versão média do COPSOQ

Subescalas	Itens	α	Média	DP
Exigências quantitativas	3	.53	2.96	.69
Ritmo de trabalho	1	*	4.02	.76
Exigências cognitivas	3	.57	4.33	.49
Exigências emocionais	1	*	4.38	.73
Influência no trabalho	4	.71	2.54	.87
Possibilidades de desenvolvimento	3	.69	4.13	.56
Previsibilidade	2	.78	2.74	.74
Transparência do papel laboral	3	.60	3.95	.57
Recompensas	3	.86	2.77	.83
Conflitos laborais	3	.65	3.21	.51
Apoio social de colegas	3	.72	3.40	.60
Apoio social de superiores	3	.92	2.11	.96
Comunidade social no trabalho	3	.85	3.69	.62
Qualidade da liderança	4	.92	2.73	.93
Confiança horizontal	3	.65	2.73	.66
Confiança vertical	3	.38	3.29	.59
Justiça e respeito	3	.74	2.71	.59
Autoeficácia	2	.88	3.67	.55
Significado do trabalho	3	.73	4.13	.47
Compromisso com o local de trabalho	2	.75	3.31	.90
Satisfação no trabalho	4	.85	2.92	.84
Insegurança laboral	1	*	2.51	1.29
Saúde geral	1	*	3.02	.85
Conflito trabalho-família	3	.80	3.64	.83
Problemas em dormir	2	.92	2.89	1.21
Burnout	2	.82	3.51	.81
Stress	2	.84	3.24	.95
Sintomas depressivos	2	.88	2.60	1.04
Comportamentos ofensivos	4	.80	1.66	.80

* Não é possível calcular o α de Cronbach, uma vez que, a subescala é constituída por um único item.

De acordo com análise da Tabela 2 podemos verificar que na maioria, as subescalas do COPSOQ II apresentam bons indicadores de consistência interna (α), com exceção das subescalas *Exigências quantitativas*, *Exigências cognitivas* e *Confiança vertical*. Uma possível explicação, conforme sugestão dos autores da versão portuguesa (Silva et al, 2014), pode dever-se ao pequeno número de participantes ou ao facto dos itens destas escalas avaliarem informação distinta, embora obedecendo aos mesmos valores no local de trabalho,

Procedeu-se a uma análise descritiva de todas as dimensões avaliadas na versão média portuguesa do COPSOQ II, verificando os níveis de exposição aos riscos psicossociais numa amostra de Enfermeiros portugueses que trabalham na emergência pré-hospitalar, em serviços de urgência e em unidades de cuidados intensivos e níveis de saúde, stress e satisfação no

trabalho. A tabela 3 apresenta os resultados gerais nas subescalas do COPSOQ II, através da divisão das pontuações em tercís, tal como é utilizado pelos autores (Silva et al, 2014). Estes tercís são interpretados através do impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa, num modelo tricolor, em que o vermelho representa risco para a saúde, amarelo risco intermédio e verde situação favorável.

Tabela 3 – Resultados com base nos tercís do COPSOQ e identificação do «semáforo» de exposição ao risco psicossocial

Subescalas	N	Tercís
1. Exigências quantitativas	18	<2.33
	27	2.34 a 3.66
	16	>3.66
2. Ritmo de trabalho	33	<2.33
	16	2.34 a 3.66
	12	>3.66
3. Exigências cognitivas	0	<2.33
	2	2.34 a 3.66
	59	>3.66
4. Exigências emocionais	1	<2.33
	6	2.34 a 3.66
	54	>3.66
5. Influência no trabalho	28	<2.33
	26	2.34 a 3.66
	7	3.66
6. Possibilidades de desenvolvimento	0	<2.33
	9	2.34 a 3.66
	52	>3.66
7. Previsibilidade	14	<2.33
	42	2.34 a 3.66
	5	>3.66
8. Transparência do papel laboral	0	<2.33
	13	2.34 a 3.66
	48	>3.66
9. Recompensas	18	<2.33
	34	2.34 a 3.66
	9	>3.66
10. Conflitos laborais	4	<2.33
	37	2.34 a 3.66
	20	>3.66
11. Apoio social de colegas	7	<2.33
	24	2.34 a 3.66
	30	>3.66
12. Apoio social de superiores	42	<2.33
	13	2.34 a 3.66
	6	>3.66
13. Comunidade social no trabalho	2	<2.33
	18	2.34 a 3.66
	41	>3.66
14. Qualidade da liderança	21	<2.33
	31	2.34 a 3.66
	9	>3.66
15. Confiança horizontal	21	<2.33
	32	2.34 a 3.66
	8	>3.66
16. Confiança vertical	6	<2.33
	32	2.34 a 3.66
	23	>3.66
17. Justiça e respeito	20	<2.33
	39	2.34 a 3.66
	2	>3.66

18. Autoeficácia	1	<2.33
	23	2.34 a 3.66
	37	>3.66
19. Significado do trabalho	0	<2.33
	5	2.34 a 3.66
	56	>3.66
20. Compromisso com o local de trabalho	16	<2.33
	29	2.34 a 3.66
	16	>3.66
21. Satisfação no trabalho	16	<2.33
	29	2.34 a 3.66
	16	>3.66
22. Insegurança laboral	33	<2.33
	16	2.34 a 3.66
	12	>3.66
23. Saúde geral	33	<2.33
	16	2.34 a 3.66
	12	>3.66
24. Conflito trabalho-família	5	<2.33
	19	2.34 a 3.66
	37	>3.66
25. Problemas em dormir	22	<2.33
	18	2.34 a 3.66
	21	>3.66
26. Burnout	4	<2.33
	30	2.34 a 3.66
	27	>3.66
27. Stress	7	<2.33
	31	2.34 a 3.66
	23	>3.66
28. Sintomas depressivos	25	<2.33
	27	2.34 a 3.66
	9	>3.66
29. Comportamentos ofensivos	50	<2.33
	10	2.34 a 3.66
	1	>3.66

A apresentação gráfica desta tabela encontra-se ao nível do Figura 1.

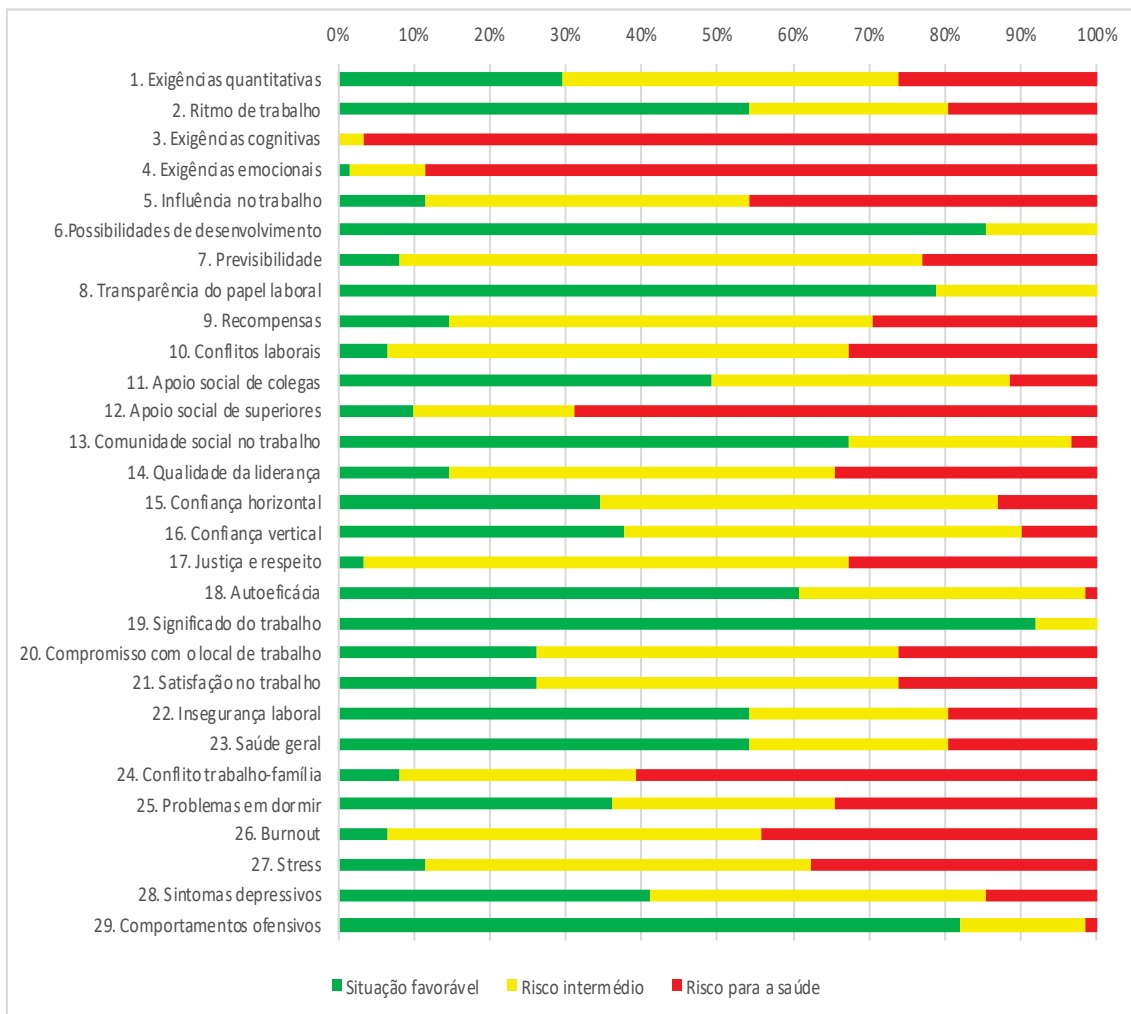


Figura 1 – Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico, segundo as dimensões do COPSQ II, em percentagem.

Da análise da Tabela 3 e da Figura 1, é possível verificar que são diversas as dimensões que compreendem um risco estabelecido em mais de 50% da população estudada, realçando-se as *exigências cognitivas* (97%), *exigências emocionais* (88%), *apoio social de superiores* (69%) e *conflito trabalho-família* (61%). As *possibilidades de desenvolvimento*, a *transparência do papel laboral*, a *comunidade social no trabalho*, o *significado do trabalho* e os *comportamentos ofensivos*, foram as dimensões que auferiram uma menor exposição ao risco psicossocial.

Diferenças em função das características profissionais

Para comparar as subescalas do COPSQ II recorreremos ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, após a não verificação dos pressupostos relativos à normalidade da distribuição dos resultados.

Na Tabela 4 são apresentadas as diferenças das subescalas do COPSOQ II em função da *Graduação*.

Tabela 4 – Diferenças nas subescalas do COPSOQ II em função da *Graduação* (Generalista vs Especialista)

	Generalista (n=36) Mediana	Especialista (n=25) Mediana	U	p
1. Exigências quantitativas	3.00	3.00	425.00	.711
2. Ritmo de trabalho	4.00	4.00	429.00	.742
3. Exigências cognitivas	4.33	4.33	427.00	.731
4. Exigências emocionais	4.00	5.00	429.50	.742
5. Influência no trabalho	2.50	2.25	422.00	.680
6. Possibilidades de desenvolvimento	4.00	4.33	446.50	.958
7. Previsibilidade	3.00	2.50	342.00	.105
8. Transparência do papel laboral	4.00	4.00	434.50	.816
9. Recompensas	3.00	2.67	366.00	.212
10. Conflitos laborais	3.00	3.33	327.00	.063
11. Apoio social de colegas	3.33	3.67	440.00	.881
12. Apoio social de superiores	2.33	1.67	299.00	.024
13. Comunidade social no trabalho	4.00	3.67	337.00	.085
14. Qualidade da liderança	3.00	2.25	264.00	.006
15. Confiança horizontal	2.67	3.00	321.50	.056
16. Confiança vertical	3.33	3.33	415.00	.600
17. Justiça e respeito	3.00	2.67	291.00	.017
18. Autoeficácia	4.00	4.00	428.00	.720
19. Significado do trabalho	4.00	4.33	434.50	.814
20. Compromisso com o local de trabalho	3.50	3.50	427.00	.731
21. Satisfação no trabalho	3.25	2.50	312.50	.043
22. Insegurança laboral	3.00	3.00	447.00	.964
23. Saúde geral	3.00	3.00	414.00	.569
24. Conflito trabalho-família	3.83	3.67	358.00	.174
25. Problemas em dormir	2.75	3.00	421.50	.671
26. Burnout	3.50	4.00	402.00	.467
27. Stress	3.00	3.00	429.00	.753
28. Sintomas depressivos	2.50	3.00	400.50	.462
29. Comportamentos ofensivos	1.25	1.50	378.00	.273

Pela análise da Tabela 4 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *apoio social de superiores* (Generalista *Med*=2.33; Especialista *Med*=1.67, *U*=299.00, *p*=.024), *qualidade da liderança* (Generalista *Med*=3.00; Especialista *Med*=2.25; *U*=264.00, *p*=.006), *justiça e respeito* (Generalista *Med*=3.00; Especialista *Med*=2.67; *U*=291.00, *p*=.017) e *satisfação no trabalho* (Generalista *Med*=3.25; Especialista *Med*=2.50; *U*=312.50, *p*=.043), sendo os valores medianos inferiores no grupo de enfermeiros especialistas. Para as restantes subescalas do COPSOQ II não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das diferenças no COPSOQ II em função do serviço onde se trabalha. Por forma a obter um número equivalente nos grupos a comparar não foram incluídos os enfermeiros que trabalham no pré-hospitalar dado o seu número reduzido (n=6).

Tabela 5 – Diferenças nas subescalas do COPSOQ II em função do serviço onde trabalha

	SU (n=20) Mediana	UCI (n=35) Mediana	<i>U</i>	<i>p</i>
1. Exigências quantitativas	3.33	3.00	319.00	.584
2. Ritmo de trabalho	3.00	3.00	323.50	.611
3. Exigências cognitivas	4.33	4.33	330.00	.721
4. Exigências emocionais	4.00	4.00	348.00	.969
5. Influência no trabalho	2.25	2.50	347.00	.958
6. Possibilidades de desenvolvimento	4.00	4.00	312.50	.504
7. Previsibilidade	2.50	3.00	263.50	.122
8. Transparência do papel laboral	4.00	4.00	343.00	.901
9. Recompensas	2.67	3.00	264.50	.130
10. Conflitos laborais	3.00	3.00	342.50	.893
11. Apoio social de colegas	3.33	3.33	324.00	.643
12. Apoio social de superiores	2.00	2.00	275.50	.184
13. Comunidade social no trabalho	4.00	4.00	338.50	.834
14. Qualidade da liderança	2.13	3.00	224.50	.027
15. Confiança horizontal	3.00	2.67	302.00	.395
16. Confiança vertical	3.17	3.67	291.00	.291
17. Justiça e respeito	2.83	3.00	301.00	.345
18. Autoeficácia	3.75	4.00	291.00	.248
19. Significado do trabalho	4.00	4.00	297.50	.342
20. Compromisso com o local de trabalho	3.00	3.50	310.50	.480
21. Satisfação no trabalho	2.50	3.25	164.00	.001
22. Insegurança laboral	3.00	3.00	289.00	.270
23. Saúde geral	3.00	3.00	251.50	.064
24. Conflito trabalho-família	3.17	3.67	265.00	.133
25. Problemas em dormir	2.50	3.00	303.00	.403
26. Burnout	3.25	3.50	315.00	.525
27. Stress	3.00	3.00	317.50	.565
28. Sintomas depressivos	3.00	2.50	348.50	.979
29. Comportamentos ofensivos	2.00	1.00	134.00	.001

Pela análise da Tabela 5 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *qualidade da liderança* (SU *Med*=2.13; UCI *Med*=3.00; *U*=224.00, *p*=.027) e *satisfação no trabalho* (SU *Med*=2.50; UCI *Med*=3.25; *U*=164.00, *p*=.001), sendo os valores medianos inferiores no grupo de enfermeiros que trabalha no serviço de urgência. Na subescala *comportamentos ofensivos* verificamos igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência (*Med*=2.00) e os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (*Med*=1.00, *U*=134.00, *p*=.001), mas neste caso os valores medianos são superiores nos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência. Para as restantes subescalas do COPSOQ II não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados das diferenças no COPSOQ II em função da acumulação de funções noutras instituições.

Tabela 6 – Diferenças nas subescalas do COPSQ II em função da acumulação de funções

	Sim (n=26)	Não (n=35)	U	p
	Mediana	Mediana		
1. Exigências quantitativas	3.17	3.00	422.00	.627
2. Ritmo de trabalho	4.00	4.00	452.00	.968
3. Exigências cognitivas	4.33	4.33	351.50	.123
4. Exigências emocionais	4.00	5.00	364.00	.141
5. Influência no trabalho	2.50	2.50	393.00	.364
6. Possibilidades de desenvolvimento	4.17	4.00	438.50	.807
7. Previsibilidade	2.50	2.50	431.00	.720
8. Transparência do papel laboral	4.00	4.00	396.00	.379
9. Recompensas	3.00	3.00	414.00	.545
10. Conflitos laborais	3.33	3.00	346.50	.104
11. Apoio social de colegas	3.33	3.67	409.00	.494
12. Apoio social de superiores	1.83	2.33	341.50	.093
13. Comunidade social no trabalho	4.00	3.67	367.00	.182
14. Qualidade da liderança	2.75	3.00	375.00	.239
15. Confiança horizontal	3.00	2.67	386.00	.199
16. Confiança vertical	3.00	3.67	272.00	.006
17. Justiça e respeito	2.67	3.00	395.50	.375
18. Autoeficácia	4.00	4.00	361.50	.130
19. Significado do trabalho	4.00	4.00	425.00	.650
20. Compromisso com o local de trabalho	3.50	3.50	353.50	.131
21. Satisfação no trabalho	3.25	3.00	440.50	.832
22. Insegurança laboral	2.50	2.00	431.00	.781
23. Saúde geral	3.00	3.00	433.50	.735
24. Conflito trabalho-família	3.67	4.00	455.00	.990
25. Problemas em dormir	2.50	3.00	364.00	.178
26. Burnout	3.50	3.50	380.50	.261
27. Stress	3.00	3.50	362.50	.168
28. Sintomas depressivos	2.50	3.00	427.00	.679
29. Comportamentos ofensivos	1.63	1.25	361.50	.156

Pela análise da Tabela 6 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala confiança vertical (Sim Med=3.00; Não Med=3.67; U=272.00, p=.006), sendo os valores medianos inferiores no grupo de enfermeiros que acumula funções. Para as restantes subescalas do COPSQ II não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados das diferenças no COPSQ II em função do tempo de serviço. Por forma a obter um número equivalente nos grupos a comparar, reagrupamos o tempo de serviço em «até 10 anos» e «mais de 10 anos».

Tabela 7 – Diferenças nas subescalas do COPSQ II em função do tempo de serviço

	até 10 anos	> 10 anos	U	p
	(n=31)	(n=30)		
	Mediana	Mediana		
1. Exigências quantitativas	3.33	2.67	376.00	.195
2. Ritmo de trabalho	4.00	4.00	457.50	.906

3. Exigências cognitivas	4.33	4.33	443.50	.751
4. Exigências emocionais	5.00	4.00	421.50	.487
5. Influência no trabalho	2.50	2.50	412.00	.442
6. Possibilidades de desenvolvimento	4.00	4.17	375.00	.187
7. Previsibilidade	3.00	2.50	351.00	.093
8. Transparência do papel laboral	4.00	4.00	378.00	.200
9. Recompensas	3.00	2.83	415.50	.469
10. Conflitos laborais	3.33	3.00	379.00	.202
11. Apoio social de colegas	3.33	3.67	463.50	.982
12. Apoio social de superiores	2.00	2.00	453.00	.860
13. Comunidade social no trabalho	4.00	4.00	451.00	.834
14. Qualidade da liderança	3.00	3.00	451.50	.844
15. Confiança horizontal	3.00	2.67	419.50	.506
16. Confiança vertical	3.33	3.33	421.00	.516
17. Justiça e respeito	3.00	3.00	460.50	.947
18. Autoeficácia	4.00	4.00	431.00	.586
19. Significado do trabalho	4.00	4.33	355.00	.100
20. Compromisso com o local de trabalho	3.50	3.50	438.00	.691
21. Satisfação no trabalho	3.00	3.00	449.00	.817
22. Insegurança laboral	3.00	2.00	448.50	.806
23. Saúde geral	3.00	3.00	448.00	.791
24. Conflito trabalho-família	4.00	3.33	307.50	.022
25. Problemas em dormir	2.50	3.00	343.00	.074
26. Burnout	3.50	3.50	439.50	.704
27. Stress	3.00	3.00	461.50	.959
28. Sintomas depressivos	2.50	2.50	388.50	.264
29. Comportamentos ofensivos	1.50	1.50	443.00	.742

Pela análise da Tabela 7 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala *conflito trabalho-família* (até 10 anos $Med=4.00$; mais de 10 anos $Med=3.33$; $U=307.50$, $p=.022$) sendo os valores medianos inferiores no grupo de enfermeiros que trabalha há menos tempo. Para as restantes subescalas do COPSOQ II não se observaram diferenças estatisticamente significativas.