



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
Gestão em Enfermagem**  
Dissertação de Natureza Científica

**Prevenção e controlo das infeções e resistência aos  
antimicrobianos: Impacto das medidas do Plano  
Nacional de Segurança do Doente**

**João Pedro Pereira Rosado**



**Lisboa**

**2021**



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
Gestão em Enfermagem**  
Dissertação de Natureza Científica

**Prevenção e controlo das infeções e resistência aos  
antimicrobianos: Impacto das medidas do Plano  
Nacional de Segurança do Doente**

**João Pedro Pereira Rosado**



Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Gaspar



**Lisboa**

**2021**

*“A journey of a thousand miles begins with a single step”*

(Confúcio)

*“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver,  
acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor  
ao coração dos homens.”*

(Fernando Pessoa)

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de começar por agradecer a esta nobre profissão que tenho o privilégio de exercer e, em especial, à minha orientadora, Professora Doutora Filomena Gaspar, por toda a sua disponibilidade e ajuda que me deu para concretizar esta tese. Também pela sua dedicação e excelência na arte de ensinar.

Agradeço a todos os colegas enfermeiros que conheço e não conheço, que, no decorrer deste ano, enfrentaram de cabeça erguida um dos maiores desafios da história da humanidade. Este foi um desafio que não só nos colocou a todos à prova, como nos fez questionar qualquer certeza que outrora tínhamos e ainda nos obrigou a combater as nossas inseguranças e incertezas para podermos prestar os melhores cuidados possíveis aos doentes, e valorizarmos ainda mais esta profissão que nos une.

Agradeço em particular à minha mãe por confiar e acreditar em mim, e me ter apoiado sempre durante este percurso académico e profissional, procurando fazer tudo o que está ao seu alcance para me ajudar nos dias mais difíceis. Sem ela nada disto seria possível. À minha madrinha por todas as surpresas e cuidado que sempre teve comigo. Principalmente, estou grato pelos conselhos, cheios de energia e motivação, que ela me deu durante estes árduos meses, que tornaram os meus dias mais sombrios numa gargalhada contagiante. À “Minha Margarida, sem a qual nada disto seria possível, por todo o carinho, disponibilidade e paciência para me ouvir. Sinto-me grato por ser ela o meu porto de abrigo nos dias mais difíceis, e por ser ela a companhia de aventura nos dias de descanso. À minha parceira de sonhos e de vida... Obrigado...

À minha eterna Joana e aos meus melhores amigos – o meu “gang” – por toda a motivação que sempre me deram e por, inclusive, me obrigarem a fazer o mestrado desse por onde desse. Um agradecimento especial a todas as prendas e surpresas que entregaram à janela quando estava “proibido” de sair de casa.

Aos colegas da UUM (Unidade de Urgência Médica) e da Ocean Medical por me terem apoiado, motivado e facilitado o construir desta tese, que tantas vezes interferiu com o decorrer da minha atividade profissional.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento profundo às minhas irmãs e família que, mesmo não sabendo disso, foram sempre fonte de motivação e inspiração para mim, e que se preocupam com a construção do meu sucesso. Sem eles, certamente, não seria a pessoa que sou hoje em dia.

## Resumo

No âmbito do protocolo de colaboração entre a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e a Direção Geral da Saúde (DGS) realizou-se uma avaliação do do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015 -2020.

Na presente dissertação faz-se a análise do objetivo estratégico 9 do referido plano “*Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos*” através do acesso à base da DGS com os dados do PNSD de 2015 a 2019 inclusive. **Objetivo:** Responder à questão “Qual o nível de implementação do objetivo estratégico 9.º do PNSD 2015-2020?”. Nesse sentido procurou-se compreender nomeadamente em relação às metas estabelecidas se foi possível “atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%” e “uma taxa de MRSA de 20%”; bem como reduzir “em 50%, face a 2014, o consumo de antimicrobianos”, “de carbapenemes” e “de quinolonas. **Metodologia:** Estudo quantitativo e retrospectivo resultante de um instrumento em forma de questionário, aplicado pela DGS às instituições do SNS de Portugal continental junto das suas Comissões da Qualidade e Segurança (CQS). **Resultados:** Os dados obtidos permitem relacionar as várias questões com o objetivo em estudo, enquadrando-se em várias dimensões, nomeadamente a vigilância epidemiológica das infeções descritas previamente, o controlo da administração de antibioterapia e o feixe de intervenções adotado e a adotar. Destacam-se alguns resultados, como a evolução favorável e maioritariamente sim na monitorização das IACS e de acordo com os programas de vigilância europeia e nacional, embora se assuma noutra questão que esta vigilância não assume um caráter frequente na maioria das instituições; verifica-se, efetivamente, uma redução na taxa infeções associadas a MRSA. Ainda neste contexto, apesar de se compreender respostas maioritariamente negativas na implementação da norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo de MRSA, simultaneamente denota-se um aumento progressivo de respostas positivas, assinalando-se uma tendência para a melhoria de resultados, embora seja possível perceber que as respostas negativas estão interligadas com a ausência na aplicação de uma avaliação do risco individual na admissão. Observa-se, também, que as instituições têm implementado um programa de apoio à prescrição de antimicrobianos, verificando-se uma resposta favorável, por exemplo, na diminuição do consumo de quinolonas. Em termos da adoção de feixe de intervenções verifica-se um aumento no número de instituições que

identifica esse feixe na prevenção da infecção do local cirúrgico, bem como uma maior monitorização da adesão dos profissionais à higienização das mãos, confirmando-se uma preocupação das instituições em definir programas de formação referentes à prevenção e controlo da infecção e resistência a antimicrobianos, inclusive através da formação de profissionais recém-admitidos. **Conclusão:** Não foi possível avaliar a evolução das instituições nas questões apresentadas pela anonimização da base, embora esse controlo seja efetuado pelo Departamento da Qualidade em Saúde (DQS) da DGS, contudo, é possível obter resultados gerais desta análise, permitindo uma comparação na evolução nas diferentes tipologias institucionais e anos. Assim, sugere-se estabelecer novas metas que permitam uma avaliação no sentido de reforçar em planos futuros a problemática das IACS e do consumo de antimicrobianos, bem como a elaboração de instrumentos que permitam aferir as metas que venham a ser desenvolvidas. Por outro lado, sugere-se a utilização de instrumentos de auditoria a aplicar pelas entidades de saúde, facilitando a sua comparação, e tendo em consideração a tipologia de instituição, bem como aprofundar o modelo de acompanhamento das instituições conducente à sua certificação e acreditação pelo Ministério da Saúde de forma mais efetiva.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde; Gestão em cuidados de saúde; Infeções; Infeções associadas à prestação de cuidados de saúde; Infeções cruzadas; Resistência antimicrobiana; Microrganismos resistentes à medicação.

## Abstract

Within the scope of the collaboration agreement between the Nursing School of Lisbon (ESEL) and the Directorate-General of Health (DGS), an assessment of the National Patient Safety Plan (PNSD) 2015-2020 was conducted. This dissertation analyses the strategic objective 9 of the plan "To prevent and control infections and antimicrobial resistance" by accessing the DGS database with PNSD data from 2015 to 2019. **Objective:** To answer the question "What is the level of implementation of the strategic objective 9 of the NSDP 2015-2020? In this sense, we sought to understand whether it was possible to "achieve a prevalence rate of hospital infection of 8%" and "a MRSA rate of 20%", as well as to reduce "by 50% compared to 2014, the consumption of antimicrobials", "of carbapenems" and "of quinolones". **Methodology:** Quantitative and retrospective study resulting from an instrument in the form of a questionnaire, applied by the DGS to SNS institutions in mainland Portugal at their Quality and Safety Committees (CQS). **Results:** The data obtained allow relating the various questions to the objective under study, falling within several dimensions, namely the epidemiological surveillance of the previously described infections, the control of antibiotic therapy administration and the bundle of interventions adopted and to be adopted. We highlight some results, such as the favourable evolution and mostly yes in the monitoring of HAIs and in accordance with the European and national surveillance programmes, although we assume in another question that this surveillance is not a frequent feature in most institutions; a reduction in the rate of infections associated with MRSA was effectively observed. Also in this context, although there were mostly negative answers regarding the implementation of the DGS/PPCIRA standard for the prevention and control of MRSA, there was a progressive increase in the number of positive answers, indicating a trend towards improved results, although it is possible to perceive that the negative answers are interconnected with the lack of application of an individual risk assessment upon admission. It is also observed that institutions have implemented a programme to support the prescription of antimicrobials, with a favourable response, for example, in the decrease in the consumption of quinolones. In terms of the adoption of a bundle of interventions, we found an increase in the number of institutions that identify this bundle in the prevention of surgical site infections, as well as a greater monitoring of the professionals' adherence to hand hygiene, confirming the institutions' concern in defining training programs on infection prevention and control and antimicrobial resistance, including through the training of newly hired professionals. **Conclusion:** It

was not possible to assess the evolution of institutions in the issues presented by the anonymization of the database, although this control is performed by the Department of Quality in Health (DQS) of the DGS; however, it is possible to obtain general results from this analysis, allowing for a comparison in the evolution in different institutional typologies and years. Thus, it is suggested to establish new goals that allow an evaluation in order to strengthen the problem of HAIs and antimicrobial consumption in future plans, as well as the development of instruments that allow measuring the goals that will be developed. On the other hand, it is suggested the use of auditing instruments to be applied by health entities, facilitating their comparison, and taking into consideration the type of institution, as well as deepening the monitoring model of institutions leading to their certification and accreditation by the Ministry of Health in a more effectively way.

**Keywords:** Health management; Health services administration; Infection; Healthcare associated infections; Cross infections; Antimicrobial stewardship; Microbial drug resistance.

## Índice

Resumo .....	5
Abstract.....	7
Índice de Gráficos .....	10
Índice de tabelas.....	13
Índices de Quadros.....	14
Lista de Abreviaturas .....	15
INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	18
1. Qualidade em Saúde .....	18
2. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	21
3. Gestão.....	27
4. Prevenção e controlo de infeção .....	32
5. Problema em Estudo.....	41
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO .....	42
1. Tipo de estudo.....	42
1.1. Amostra do estudo/participantes .....	42
2. Recolha e tratamento de dados .....	44
3. Procedimentos éticos .....	45
PARTE III – Resultados .....	48
1. Análise de Dados: .....	48
2. Discussão.....	81
CONCLUSÃO .....	90
REFERÊNCIAS .....	92
ANEXOS.....	2
I. Formulário de solicitação de colaboração com o DQS.....	3
II. Declaração de sigilo e confidencialidade .....	5
III. Prioridade: II, Reforço da segurança dos doentes .....	6

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Evolução anual do número de entidades participantes por ARS entre 2015-2019 .....	43
Gráfico 2. Evolução anual do número de entidades participantes, por tipo de entidade entre 2015-2019 .....	44
Gráfico 3. Evolução anual da monitorização das IACS através de programas de Vigilância Europeia e/ou Nacional entre 2015-2019 (Q30).....	49
Gráfico 4. Evolução anual do programa de vigilância do local cirúrgico (Rede Europeia) – HAI – Net – SSI entre 2015-2019 (Q30.a) .....	50
Gráfico 5. Evolução anual do programa de vigilância das quatro infeções mais relevantes nas UCI's – HAI – Net – ICU entre 2015-2019 (Q30.b).....	50
Gráfico 6. Evolução anual do programa de vigilância das quatro infeções mais relevantes UCIN's – HAI – UCIN entre 2017-2019 (Q30.c).....	51
Gráfico 7. Evolução anual do programa de vigilância das infeções nosocomiais sanguíneas em serviços de internamento de unidades de cuidados agudos – HAI – VE – INCS entre 2017-2019 (Q30.d).....	51
Gráfico 8. Evolução anual da análise regular dos dados das IACS entre 2017-2019 (Q31) .....	52
Gráfico 9. Evolução anual da monitorização e notificação segundo a norma da DGS/PPCIRA entre 2015-2019 (Q32).....	54
Gráfico 10. Evolução anual da taxa de MRSA/1000 dias de internamento reduziu referente ao ano anterior entre 2017-2019 (Q32.1) .....	54
Gráfico 11. Respostas em percentagem a Q32.1 .....	55
Gráfico 12. Evolução anual da implementação da Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão MRSA entre 2017-2019 (Q32.2) .....	56
Gráfico 13. Resposta em percentagem a Q32.2.....	56
Gráfico 14. Evolução anual da aplicação da grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão entre 2017-2019 (Q32.3) .....	57
Gráfico 15. Resposta em percentagem a Q32.3.....	59
Gráfico 16. Evolução anual da existência de um programa de apoio à prescrição de antibióticos entre 2015-2019 (Q33) .....	59
Gráfico 17. Evolução anual da avaliação da conclusão da campanha entre 2015-2016 (Q34) .....	61
Gráfico 18. Evolução anual do fornecimento de evidência do consumo de antimicrobianos entre 2015-2019 (Q34).....	61

Gráfico 19. Evolução anual da diminuição do consumo de carbapenemes em comparação com o ano anterior entre 2015-2019 (Q35).....	62
Gráfico 20. Evolução anual da diminuição do consumo de carbapenemes em comparação com o ano anterior entre 2015-2019 (Q36).....	62
Gráfico 21. Evolução anual da diminuição da taxa de MRSA/Staphylococcus Aureus na instituição entre 2015-2016 (Q37).....	63
Gráfico 22. Evolução anual da adesão da instituição aos bundles de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos e procedimentos invasivos entre 2015-2016 (Q37) .....	64
Gráfico 23. Evolução anual de Bundle – Associado à prevenção da infeção do local cirúrgico entre 2017-2019 (Q37.1) .....	64
Gráfico 24. Respostas em percentagem a Q37.1a).....	65
Gráfico 25. Evolução anual da identificação do feixe de intervenções de prevenção da infeção do trato urinário entre 2017-2019 (Q37.2).....	66
Gráfico 26. Resposta em percentagem a Q37.2.....	67
Gráfico 27. Evolução anual da prevenção da infeção associada ao cateter intravascular entre 2017-2019 (Q37.3).....	68
Gráfico 28. Resposta em percentagem a Q37.3.....	69
Gráfico 29. Evolução anual da prevenção da Pneumonia associada à intubação entre 2017-2019 (Q37.4) .....	70
Gráfico 30. Resposta em percentagem a Q37.4.....	70
Gráfico 31. Evolução anual das auditorias das PBCI entre 2017-2019 (Q38.1) .....	71
Gráfico 32. Resposta em percentagem a Q38.1 .....	72
Gráfico 33. Evolução anual da monitorização da adesão dos profissionais à higienização das mãos entre 2017-2019 (Q38.2).....	73
Gráfico 34. Resposta em percentagem a Q38.2.....	74
Gráfico 35. Evolução anual da monitorização do uso de luvas entre 2017-2019 (Q38.3) .....	75
Gráfico 36. Resposta em percentagem a Q38.3.....	76
Gráfico 37. Evolução anual da elaboração de um plano de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e prescrição de antimicrobianos entre 2017-2019 (Q39).....	76
Gráfico 38. Evolução anual da elaboração de um relatório de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e da prescrição de	

antimicrobianos entre 2017-2019 (Q40).....	77
Gráfico 39. Evolução anual referente à reunião dos critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos entre 2017-2019 (Q41).....	78
Gráfico 40.Evolução da delineação de um programa interno de formação referente às temáticas de prevenção e controlo de IACS e resistências aos antimicrobianos entre 2017-2019 (Q41).....	79

## Índice de tabelas

Tabela 1. Instituições que respondem a Q31 .....	52
Tabela 2. Intervalos de Q32.1 .....	55
Tabela 3. Intervalos em Q32.2 .....	56
Tabela 4. Instituições que respondem a Q32.3 .....	58
Tabela 5. Intervalos em Q32.3 .....	58
Tabela 6. Instituições que respondem a Q33 .....	60
Tabela 7. Tabela de percentagens a Q37.1a) .....	65
Tabela 8. Intervalos em Q37.1a) .....	65
Tabela 9. Instituições que respondem a Q37.2 .....	66
Tabela 10. Intervalos em Q37.2 .....	67
Tabela 11. Instituições que respondem a Q37.3 .....	68
Tabela 12. Intervalos em Q37.3 .....	69
Tabela 13. Intervalos em Q37.4 .....	70
Tabela 14. Intervalos em Q38.1 .....	72
Tabela 15. Instituições que respondem a Q38.2 .....	73
Tabela 16. Intervalos em Q38.2 .....	74
Tabela 17. Intervalos em Q38.3 .....	75
Tabela 18. Instituições que respondem a Q38.3 .....	75
Tabela 19. Instituições que respondem a Q41 .....	78
Tabela 20. Instituições que respondem a Q42 .....	80

## **Índices de Quadros**

Quadro 1. Número de respostas anuais.....	43
Quadro 2. Horas de formação por grupo profissional.....	79
Quadro 3. Síntese de dados extraídos .....	88

## **Lista de Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCI – Programas de Controlo de Infeção

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção

PNPCIACS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

PNSD – Plano Nacional da Segurança do Doente

RIL – Revisão Integrativa de Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

## INTRODUÇÃO

A promoção de saúde e prevenção da doença assumem-se, cada vez mais, como áreas prioritárias na prática de cuidados a nível nacional e internacional. Com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), atualmente verifica-se uma grande movimentação de populações, tornando-se essencial, mais que nunca, desenvolver melhores programas para a prevenção e controlo de infeções, a fim de combater a disseminação de microrganismos multirresistentes.

Os progressos técnico-científicos que se têm desenvolvido potenciam a aquisição de novos conhecimentos e competências que permitem um aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico e tratamento, otimizar a qualidade nos cuidados de saúde prestados. Não obstante, em adição a todas as novas tecnologias disponibilizadas, os profissionais de saúde devem adotar atitudes que maximizem o estado de saúde e bem-estar dos utentes, com especial atenção pela prevenção de danos durante a prestação de cuidados (OMS, 2015).

Atualmente, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) articulam-se com um aumento da morbilidade e mortalidade nos utentes do sistema nacional de saúde (SNS), obrigando, conseqüentemente, a um consumo acrescido de meios e recursos a nível hospitalar e comunitário. De acordo com o descrito no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) (Despacho N.º 1400-A/2015, 2015), aproximadamente um terço das IACS são evitáveis através da adoção de determinadas atitudes. Desta premissa surgiu a prática do controlo das IACS, que se encontra intrinsecamente associada à prevenção do desenvolvimento de resistência à medicação antimicrobiana.

No âmbito da Unidade Curricular Opção II do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Gestão em Enfermagem, foi proposta a realização de uma Dissertação de natureza científica ao abrigo do protocolo ESEL–DGS (Direção-Geral da Saúde), procurando avaliar o 9.º objetivo estratégico do PNSD 2015-2020, “prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”.

O presente trabalho, denominado por “Prevenção e controlo das infeções e resistência aos antimicrobianos: Impacto das medidas do plano nacional de segurança do doente”, procura, em primeiro lugar, a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) que suporte a construção da dissertação final de mestrado. Posteriormente, será realizado um estudo quantitativo, observacional, descritivo, retrospectivo que vise a análise dos dados fornecidos pela DGS, obtidos a partir de um

instrumento de avaliação, dessa instituição, que irá permitir analisar o nível de implementação do 9.º objetivo estratégico do PNSD 2015-2020.

Tendo em consideração o objetivo do projeto, foi enviado um instrumento de recolha de dados para as Comissões de Qualidade e Segurança dos hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde que procuram corresponder às recomendações do PNSD 2015-2020. Com base neste instrumento, realizou-se o tratamento e análise dos dados recolhidos e disponibilizados pela DGS, que se espelham na tese abaixo escrita.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde; Gestão em cuidados de saúde; Infeções; Infeções associadas à prestação de cuidados de saúde; Infeções cruzadas; Resistência antimicrobiana; Microrganismos resistentes à medicação.

**Keywords:** Health management; Health services administration; Infection; Healthcare associated infections; Cross infections; Antimicrobial stewardship; Microbial drug resistance.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Qualidade em Saúde

A Qualidade em Saúde é um conceito multidimensional e complexo, que se foca em dois pontos vitais: o primeiro refere-se à qualidade, e, o segundo, à saúde. Tendo esta perspetiva em mente, compreende-se rapidamente, e através da semântica, que, face à evolução na área da saúde, é impossível procurar prestar-se cuidados que não sejam de qualidade, adequados e individualizados. Para que isso aconteça é necessário que haja uma interligação entre estes dois conceitos e a respetiva integração na prática clínica.

Segundo Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008), a qualidade em saúde é definida como “um produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores e com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final”. De acordo com estes autores, a qualidade justifica-se uma vez que, entre várias razões, existe maior procura e exigência na adequação de técnicas e procedimentos pela parte de quem procura os serviços de saúde. Numa perspetiva ética e deontológica, deve-se potenciar a qualidade nos cuidados prestados ao utente, visto que este é um fator que contribui para a procura e realização de boas práticas e motivos económicos. Estes, por sua vez, proporcionam a prevenção de complicações lado a lado com uma melhor racionalização dos recursos humanos, que derivam da evolução e do nível de formação e conhecimentos exigidos a nível profissional. Relacionando o descrito por Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008) com a abordagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) é possível constatar uma paridade na conceção do conceito de saúde, definindo-se saúde como um estado de representação mental, intrínseco ao indivíduo, onde deverá ocorrer uma gestão do “sofrimento, bem-estar físico e conforto, emocional e espiritual” (Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira, 2008). Por se tratar de uma representação mental é, conseqüentemente, subjetiva, e, portanto, não é o significado oposto de doença. Além disso, não podemos encarar este conceito como algo finito. O conceito de saúde é, portanto, variável no tempo, e dependente da capacidade de interpretação da pessoa que procura um equilíbrio, de acordo com os desafios que vai enfrentando e as suas próprias capacidades de gestão.

O referido anteriormente está em conformidade com o que a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) define como qualidade em saúde: “O modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos,

aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis” (Alves, 2009).

Se seguirmos esta linha de raciocínio, podemos então afirmar que a qualidade em saúde pode ser organizada em “3 dimensões complementares”, que são:

- 1) A prática profissional, que está diretamente ligada às intervenções exercidas pelos profissionais de saúde e às suas capacidades para obter resultados;
- 2) A gestão organizacional, cujo foco é a organização correta e estruturada, e a concretização dos objetivos estabelecidos pelas inúmeras instituições de saúde ou entidades reguladoras das mesmas;
- 3) E a busca da garantia de qualidade, que pode ser concretizada através de, por exemplo, formações e certificações que comprovam a adaptação dos processos feitos à luz de entidades que os fiscalizam/auditam.

Tendo em consideração o previamente explanado, o conceito de saúde deve ser encarado dentro de um panorama multidisciplinar e através de um espectro de ação multiprofissional. Como seria de prever, este conceito não passou despercebido às entidades reguladoras de saúde nacionais e, em 2009, a DGS (Direção Geral de Saúde) publicou o primeiro documento (conhecido por Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde - ENQS) relacionado com este tema. Passados 5 anos, em 2014, a ENQS foi novamente analisada, tendo sido implementadas alterações para “garantir e reforçar a anterior estratégia nacional de 2009-2014” (Despacho N.º5739/2015, 2015). O principal objetivo desta nova implementação da ENQS foi de “assegurar as funções de governação, coordenação, e ação total, centradas no doente”, que se focam no “respeito pelas dimensões de efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão” (Despacho N.º5739/2015, 2015).

A principal missão da ENQS é “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança de prestação de cuidados de saúde para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Despacho N.º5739/2015, 2015). É desta forma que esta estratégia define seis prioridades ordenadas, sendo a terceira o “reforço da segurança dos doentes” que surgem como medida implementar, com eficácia, os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD). É desta forma que a ENQS 2015-2019 vigora lado a lado com o PNSD 2015-2020.

Para garantir a qualidade em saúde, e tendo em consideração o panorama em que se vivia em 2015, foi criado o PNSD. O principal intuito da criação do PNSD foi o

de integrar as recomendações europeias num quadro de prevenção de acidentes e aumento de segurança associados aos cuidados de saúde providenciados pelo SNS. Surge, assim, um plano de apoio aos serviços de gestão clínica para aplicar e coordenar práticas seguras. Isto significa que todas as instituições abrangidas pelo SNS passam a ter de implementar estratégias que, através do uso delineado de recursos e práticas seguras, garantam a melhoria dos cuidados prestados aos utentes. Assim, definiram-se 9 objetivos estratégicos diferentes, com metas e medidas concretas e calendarizadas. O PNSD apresenta-se, desta forma, como uma ferramenta crucial de apoio aos gestores de saúde, promovendo a necessidade de efetivar as ações identificadas e, através da sua monitorização, como justificação e confirmação de uma boa gestão dos recursos. Salienta-se ainda a publicação recente do novo PNSD 2021-2026, que vai ao encontro da continuidade e reforço de estratégias para a segurança do doente.

Relativamente às IACS, é criado o nono objetivo estratégico, sendo o de “prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”. Este objetivo exigiu a implementação de um conjunto de ações, tais como: “monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos”; e reportar reportar anualmente à DGS os resultados destas monitorizações para que, no prazo estabelecido de 5 anos (2015-2020), fosse possível atingir as seguintes metas definidas:

- 1) “Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%;
- 2) Reduzir em 50%, face a 2014, o consumo de antimicrobianos;
- 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%;
- 4) Reduzir em 50%, face a 2014, o consumo de carbapenemes;
- 5) Reduzir em 50%, face a 2014, o consumo de quinolonas” (PNSD 2015-2020).

O PNSD 2015-2020 baseia-se, até certo ponto, nas metas estabelecidas pela OMS referentes a uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Em maio de 2021 foi publicado pela OMS um novo Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que procura prevenir danos associados aos cuidados de saúde, nomeadamente situações que coloquem em causa a vida, visando, para tal, sete objetivos estratégicos inovadores: desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis; criar Sistemas de Saúde de elevada confiança; garantir a segurança dos processos clínicos; motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde; garantir a informação e a investigação; e, por último, desenvolver parcerias, sinergias e a

solidariedade. Com base neste modelo de prática de cuidados surge, então, o PNSD 2021-2026 que, mais uma vez, será enquadrado nas metas estabelecidas pela OMS.

## **2. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

Já Florence Nightingale, em 1850, revelava preocupações com a qualidade, quando através dos registos das suas observações procurava aferir o nível de cuidados prestados e, assim, melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias (Alves, 2009). Para Almeida (2001), citado por Alves (2009), a qualidade em saúde atesta aos clientes a presença de um nível aceitável e desejável de cuidados. Neste contexto, os principais objetivos da prestação de cuidados de qualidade são promover e manter a saúde das pessoas, assegurando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde. A qualidade deve ser compreendida como o produto final de uma prestação, na qual atuaram diversos personagens, com diferentes níveis de formação e de intervenção, mas que contribuíram igualmente para o resultado final. Fragata e Martins (2004), citado por Alves (2009), referem que cada vez mais a qualidade deixa de ser vista como um *standard* abstracto, para ser considerada o encontro entre o nível dos serviços prestados e as expectativas dos seus utilizadores.

A necessidade de desenvolver sistemas operativos de qualidade é hoje assumida formalmente, tanto por instâncias internacionais, como seja a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, como por organizações nacionais, como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde

A prestação de cuidados no âmbito de enfermagem é regulada por diversos documentos, de onde se destaca o documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritos” (OE, 2001), que visam a garantir a excelência da profissão de Enfermagem. Segundo este documento, os cuidados de enfermagem baseiam-se numa “relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (p.10) e têm como finalidade a promoção de saúde, nomeadamente a nível da prevenção da doença e promoção de processos de readaptação. Relativamente à gestão de recursos de saúde, enaltece-se o trabalho dos enfermeiros enquanto promotores de aprendizagem, de modo a que os próprios utentes consigam gerir os seus recursos

peçoais, familiares e comunitários para “lidar com os desafios de saúde” (OE, 2001, p.11).

Ainda segundo os padrões de qualidade definidos pela OE, “a qualidade exige reflexão sobre a prática” (p.7), permitindo um confronto entre os cuidados desejáveis e situações reais díspares desse objetivo. Tal possibilita a definição de diversos objetivos para melhorar a qualidade da prestação de cuidados, delineando as estratégias necessárias para os atingir. Este documento explana, ainda, indicadores de qualidade, através dos quais são estabelecidos resultados mínimos aceitáveis e qual o nível dos melhores resultados expectáveis. Estes indicadores permitem identificar os ganhos em saúde relacionados com os cuidados de enfermagem, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, influenciar as decisões políticas em saúde (OE, 2001).

Assim, de acordo com o definido nos padrões de qualidade pela OE, (p.7) “as instituições de saúde existem para os cidadãos.” Deste modo, a prevenção de complicações na procura da excelência do exercício profissional do enfermeiro, previne inúmeras complicações para a saúde dos clientes, onde a qualidade de cuidados se insere diretamente na qualidade de gestão e na prática do ambiente de enfermagem, uma vez que Segundo os padrões de qualidade do Enfermeiro, este está dotado da obrigação e capacidade para realizar a identificação, tão rápida quanto possível de problemas potenciais ao cliente e de prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem que contribuam para prevenir e evitar esses, minimizando os efeitos indesejáveis na eventualidade do pior se suceder (OE, 2001, p.15).

Olhando para um modelo mais teórico de enfermagem e além dos padrões da qualidade estabelecidos, é possível perceber um apoio à luz da área de gestão e de enquadramento teórico, “*The Fundamentals of Care*”, desenvolvido por Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons (2013). Este estudo centraliza-se nas ações de enfermagem, ou seja, o foco está nas necessidades cruciais da pessoa, quer estejam relacionadas com o bem-estar físico ou o psicossocial. Por sua vez, estas necessidades são analisadas à luz da construção e aprofundamento de um relacionamento profissional de confiança e de um ambiente positivo em que existe o respetivo correspondente do processo de cuidar (seja por um membro da família e/ou cuidadores).

Feo et al. (2018) e Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons (2013) complementam o uso do “*The Fundamentals of Care*” quando recorrem a outro

modelo conceptual que analisa as 3 dimensões previamente mencionadas, “relação estabelecida”, “integração do cuidar” e “contexto de prestação de cuidados”. Estas análises são fundamentais para determinar a Qualidade de Cuidados de Enfermagem, visto que, para estes cuidados serem considerados de alta qualidade, inclusive pelos padrões definidos pela Ordem dos Enfermeiros, a relação profissional que é construída entre o enfermeiro e o doente deve ser baseada na confiança, empatia e no reforço positivo.

Ao aprofundar-se a “integração do cuidar”, torna-se impossível não realçar a existência de um foco na relação construída, visto que para o enfermeiro poder fazer uma prestação de cuidados plenamente centrada no doente e nas suas necessidades físicas e/ou psicossociais, deve existir uma relação terapêutica. A relação estabelecida nasce da capacidade de interpretação do enfermeiro para que este consiga construir, em conjunto com a pessoa, objetivos reais que fundamentam os cuidados prestados. A Ordem dos Enfermeiros define, assim, que a prestação de cuidados deve ser focada na empatia, continuidade, respeito, compaixão e consistência (OE, 2001).

A fundamentação da prestação de cuidados adequados e a relação profissional construída entre enfermeiro e doente, baseia-se em conceitos relacionais, psicossociais e físicos tal como o conceito de saúde descrito pela OMS. Estes aspetos devem ser centralizados e completamente integrados num momento específico, que determina a prestação de cuidados, e, acima de tudo, a integração do cuidar (Feo et al., 2018; Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, & Lyons, 2013; Kitson, 2018). Assim, é possível evidenciar que o contexto de prestação de cuidados, pode determinar e influenciar o sistema onde se prestam cuidados. Exemplarmente, a nível político, a influência política pode afetar positiva ou negativamente a prestação dos cuidados. Tal intensifica-se se estivermos a falar de cuidados de alta qualidade, que podem estar suscetíveis a pequenas alterações.

Estando a prestação de cuidados de enfermagem enquadrada na lei nº.156/2015, de 16 de Setembro dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, artigo 109.º, e com um objetivo definido que poderá ser influenciado por fatores exteriores, fica claro que o próprio enfermeiro tem a capacidade para se defender e exigir recursos que o ajudem a garantir o cumprimento do seu objetivo, com qualidade e excelência durante a prestação de cuidados. É notório que o enfermeiro deve procurar em todo e qualquer ato, a excelência do exercício da profissão que escolhe exercer.

Numa perspetiva de qualidade e resultados em saúde salienta-se o “*Quality Health Outcomes Model*”, modelo construído por Mitchell, Ferketich & Jennings (1998), que começa uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados, a partir da estrutura teórica já desenvolvida, primeiramente, por Donabedian (1966). A estrutura deste modelo é linear, com foco nos resultados e processos. Mitchell, Ferketich & Jennings (1998) evidencia a avaliação da qualidade dos cuidados, afere que estes acontecem de maneira dinâmica. Tal implica uma inter-relação entre os conceitos de estrutura, resultado e processos, que é atingida através de dinâmicas que se influenciam mutuamente. Assim sendo, para se poder alcançar os objetivos definidos, estes devem ser medidos com base nessas inter-relações dinâmicas. Por outras palavras, os resultados obtidos são avaliados pessoa a pessoa, a partir das suas características, intervenções efetivadas e das estruturas processuais do sistema de saúde.

Em 1998, Mitchell et al. encaram as características/estruturas do sistema como fatores que promovem a evolução de todo o processo e da sua dinâmica, obtendo, assim, uma resposta positiva ou negativa que pode ter efeitos diretos ou indiretos. Pode apontar-se como exemplos, o rácio enfermeiro-doente, os recursos tecnológicos de apoio ao serviço prestado, o desenvolvimento pessoal e qualificação dos profissionais de saúde, o acesso aos recursos materiais do serviço, entre outros. Relativamente ao conceito de intervenção descrito pelo autor, implica que a pessoa que recebe o tratamento e cuidado do profissional é afetada direta ou indiretamente por todo e qualquer ação do mesmo. Quanto às características dessa pessoa ou pessoas, estas são consideradas o centro deste modelo, visto que este foi construído e delineado para que exista um processo contínuo e ininterrupto de preocupação por parte do profissional, estando este último preparado para adaptar as intervenções consoante os resultados previamente obtidos, e respondendo, assim, às necessidades do doente.

Relativamente ao facto de a pessoa ser considerada o conceito central do descritivo acima, neste modelo podemos encarar o Sistema como peça principal: seja ele individual, organizacional ou grupal. O mesmo aplica-se ao do Cliente (individual, familiar ou comunidades), que se foca nos seus desejos, capacidades e preferências. Em suma, os resultados têm como foco o que se deseja obter deste processo dinâmico, o que poderá transformar a forma da precessão da pessoa/cliente, do seu estado de saúde (mantendo-se este igual ou melhorando/piorando), da sua felicidade/satisfação com os serviços prestados ou do valor estatístico de uma análise

de dados, prevalência de uma taxa de infecção, correspondente a uma determinada taxa de mortalidade, análise de custos-benefícios e até, a nível organizacional, os custos do processo completo (Mitchell et al., 1998).

Na perspetiva do desenvolvimento, o enquadramento teórico da qualidade de saúde descrito até aqui, é fácil de compreender que existem modelos de avaliação e orientação de desempenho, nos diferentes níveis de prestação de serviço diretos e indiretos. O mesmo acontece com a prestação de serviços de enfermagem que têm implicitamente uma ligação profunda com o seu serviço, centro hospitalar em que estão inseridos e diretamente com as pessoas que recebem os seus cuidados. Assim sendo, e tendo em consideração este enquadramento, torna-se evidente a importância/influência que um Enfermeiro Gestor tem face ao que foi explicado relativamente sobre o modelo (Mitchell et al., 1998).

O Enfermeiro Gestor tem, em seu poder, a capacidade de ser o gerador de inúmeros resultados e, conseqüentemente, de mudanças e capacitações de um serviço. Destaca-se quem, nesta posição, e através da sua capacidade de responder a questões e agir, promove obrigatoriamente uma melhoria ou diminuição de qualidade do serviço de enfermagem. Está, assim, à responsabilidade deste profissional, conquistar o maior número possível de resultados positivos para os profissionais de saúde que estão a seu cargo, abrangendo categorias multiprofissionais, bem como as pessoas dependentes da prestação de cuidados, tal como da capacidade de resposta e eficácia da mesma das diversas entidades, serviços, organizações.

Relativamente à investigação neste tema, fica à responsabilidade do profissional a capacidade de implementar medidas que se baseiam na evidência científica, promovendo, assim, medidas cujo foco está no doente e no serviço prestado ao mesmo tempo que são transversais a todas as entidades hospitalares (nomeadamente a “prevenção e controlo de infeção”), conforme tem ficado comprovado em pandemias como a de COVID-19 (seja na manutenção de equipamentos, recursos e tecnologia, seja no quotidiano de todos os cidadãos). Torna-se pertinente que a intervenção de enfermeiros tem como ponto de partida a educação do doente para os cuidados que deve ter - algo que é adaptável, utilizando o modelo descrito acima. Por exemplo, a nível da qualidade e taxas de infeção - conforme descrito pela *Joint Commission* -, este fator quando é bem monitorizado demonstra e traduz a qualidade de uma prestação de cuidados de saúde direta e

indiretamente (a taxa de infecção, mortalidade, morbidade, propagação de infecção, etc.).

### 3. Gestão.

Como é sabido o conceito de gestão, vem lado a lado com as construções de estruturas hierarquizadas da antiguidade até aos dias de hoje mas é com o decorrer da revolução industrial que começa a construção de um conceito científico que visa um objetivo. Nomeadamente “uma sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre empregado e empregador e onde a gestão se torna um instrumento imprescindível” (Ferreira, 2012, p.57). É no século XX que dois engenheiros, Frederick Taylor e Henri Fayol, desenvolvem trabalhos na área da gestão, criando a Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão tendo como pressupostos a “necessidade dos trabalhadores serem instruídos sobre a melhor maneira de realizar uma tarefa e por uma função supervisora enfaticamente fiscalizadora e até punitiva” (Ferreira, 2012, p.57).

Historicamente na Enfermagem, Florence Nightingale, após a Guerra da Crimeia, é reconhecida como a enfermeira que delineou e despertou muitas das funções de enfermeira supervisora, gestora chefe, uma vez que na história da profissão é a principal responsável, pelo desenvolvimento da profissão, como pela implementação de medidas adequadas de Gestão e controlo dos serviços por onde passou, e durante a guerra da crimeia, nomeadamente pela implementação de medidas inovadoras e adequadas de controlo e prevenção de infeção. Assim no decorrer de 1853-1856, dá se uma reforma da enfermagem, emergindo no seio desta novas problemáticas como saúde pública, Supervisão, chefia/gestão/liderança, levando ao estabelecimento de programas educacionais de enfermagem, nestas áreas e reconstrução da hierarquização da profissão. A reestruturação e reforma da profissão tomou tamanha proporção que surgiu em 1860 a primeira escola de enfermagem em Inglaterra, no famoso St. Thomas Hospital em Londres (Cherry & Jacob, 2019).

Assim Florence Nightingale, propõe o primeiro daquilo que poderá ser considerado um modelo para a organização/gestão dos cuidados de enfermagem. Este focava-se na essência do conhecimento na profissão, dada época com enfoque em 2 aspectos centrais, procedimentos técnicos e administrativos. Deste desenvolvimento do método de trabalho, criar saber e repartição do trabalho surge a sistematização, e o continuum do que seriam as práticas adequadas, com qualidade, e mais eficazes dos cuidados de enfermagem (Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles,

& Erdmann, 2013). Estas profissionais (ladies nurse), eram responsáveis pela prestação dos cuidados diretos às pessoas e realizavam-no sob o olhar atento de um líder com mais formação, mais experiente que supervisionava as práticas realizadas e se focava em processos administrativos mais complexos (Ferreira, 2012; Santos Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles, & Erdmann, 2013). Destarte é neste ponto da história que existe uma transição na relevância da profissão de enfermagem, com avanços fundamentais em novas áreas de atuação/prestação de cuidados, onde a Gestão e Liderança lado a lado com o controlo de infeção, começa a ser temas da esfera de ação de enfermagem a destacar.

Com o decorrer do tempo e as evoluções tecnológicas; novas técnicas, instrumentos, e a introdução de métodos mais adequados, foram ocorrendo múltiplas reformas em saúde e nas profissões anexadas à área, nomeadamente com o surgimento de novas e extinção de outras. Esta temática ganha espaço a nível da esfera Social e Política, passando a ser um tema de discussão mais comum e diário. Perante a situação excecional, que se foram vivendo entre guerras, epidemias e pandemia importância dos cuidados de enfermagem ganham especial relevo até pelo nº de profissionais na área que foram aumentando e cuja produção de ciência e das suas práticas também foi sendo em maior quantidade, em parte com enfoque na área da Saúde Pública.

Deste modo, para evitar desperdício e o melhor aproveitamento dos recursos profissionais existentes em saúde, de acordo com uma perspectiva da área da Gestão, tornou-se essencial para assegurar uma prática de cuidados com qualidade e segurança, incrementar este aspeto nos currículos e carreira dos profissionais desta área e implementar, inclusive, em níveis altos organizacionais gestores ou profissionais de base de saúde especializados em gestão, uma vez que os primeiros pouco sabiam de gestão e os segundos pouco sabiam de saúde. Segundo Teixeira (2011) esta realidade de gestão surge de objetivos conquistados através da orientação de outros elementos organizacionais que determinam assim um conjunto de pessoas organizadas com o objetivo de atingir objetivos comuns. De tal modo que, a Gestão em Enfermagem, é definida por diversos autores, utilizando Yoder-Wise (2019) gestão em enfermagem é percebida, como a capacidade dos enfermeiros gestores para gerir os cuidados aos clientes e a restante equipa pelo qual são responsáveis.

Desta interpretação surgem factos adicionais como a contratação dos profissionais adequados, formar e construir líderes, gerir e controlar os recursos

existentes, valorizar os profissionais que prestam cuidados diretos à pessoa, fortificando as suas qualificações e proporcionado treino e espaço para a demonstração do seu talento, nomeadamente organizar e mapear dados de avaliação da qualidade, produtividade e inter-relacionalidade na equipa de Enfermagem e multidisciplinar (Yoder-Wise, 2019). No seguimento deste pensamento, Tomey & Alligood (2004) defendem que a finalidade das ações de um enfermeiro gestor recaem sobre os enfermeiros que orienta e coordena, bem como nos utentes, alvo de cuidados. Ou seja, mesmo não estando presente de forma direta nos cuidados, encontra-se presente na organização desses cuidados. Segundo Potra (2015), o enfermeiro gestor assume um papel complexo, visto que se encontra responsável por atividades que implicam planeamento, mobilização de recursos, organização, orientação, supervisão, coordenação e avaliação de cuidados.

A gestão e a liderança em Enfermagem surge como essencial para a prestação de cuidados de qualidade em qualquer entidade e ou organização. Deste modo Enfermagem apresenta-se como grupo profissional, aos dias de hoje, mais representativa da área de saúde. De tal modo que a Ordem dos Enfermeiros fundamenta e constrói o papel do Enfermeiro Gestor, em seguida explicitado.

Aprofundando o conceito de gestão em enfermagem e o papel do Enfermeiro Gestor, os autores Wiggins & Hyrkas (2011) e Potra (2015) remetem a gestão em enfermagem para a promoção de uma prática de cuidados de excelência e qualidade, sustentada também nas premissas definida no capítulo anterior, assegurando não só a organização dos serviços, mas também a promoção de práticas sustentáveis e seguras, baseada em evidência recente, incidindo, ainda, na diminuição de custos e perdas/desperdícios. Para além destes aspetos, o enfermeiro gestor tem, também, o papel de incorporar os valores éticos da segurança dos utentes intrínsecos à enfermagem nos vários níveis da hierarquia organizacional.

Como tal, Titlestad, Haugstvedt, Igland, & Graue (2018) defendem que enfermeiros com formação avançada que se procuram apropriar de guidelines ou algoritmos de tomada de decisão, idealizam positivamente acerca de aspetos essenciais referentes à qualidade e da segurança dos cuidados (Titlestad, Haugstvedt, Igland & Graue 2018). Para tal o enfermeiro em funções de gestão deve procurar ser um propulsor da formação das suas equipas. Neste sentido, Weber, Ward, e Walsh (2015) evidencia esta vertente da gestão retratando que este papel de supervisão orientação e de propulsão da formação dos restantes elementos da equipa impulsiona o futuro desses profissionais como prima pela aumento da segurança dos

cuidados e da qualidade dos mesmos prestados, valorizando as suas carreiras e a sua progressão sempre que existente, preparando este para no futuro caso desejem se tornarem enfermeiros gestores, criando assim um ciclo de continuidade importante nos serviços/organizações.

Já Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012) enfatizam que evolução dos desafios da profissão de enfermagem e a sua complexidade, requerem uma análise cada vez mais profunda das características dos prestadores de cuidados (enfermeiros) dos clientes (pessoas a quem os cuidados são prestados), do contexto onde os cuidados são prestados e da natureza, que tal como analisado do seu modelo no capítulo da Qualidade, estes fatores são os responsáveis pela produção dos outcomes. Assim estes conceitos são, segundo o autor, os aspectos chave dos cuidados de enfermagem e da estrutura organizacional do trabalho desta Profissão (Dubois et al., 2012).

Com tal, surge destes autores a necessidade de integrar mais aspetos no modelo proposto até agora de modo a realizar uma análise integrada e mais específica dos modelos de organização dos cuidados de Enfermagem, nos quais salientam a importância da equipa, do objetivo da prática e o ambiente de prestação de cuidados (Dubois et al., 2012).

A Equipa profissional, é um elemento da organização de cuidados central, uma vez que, sendo imperativo compreender o número adequado de enfermeiros (ratios), as características/competências/formação destes para executar as suas funções e dos recursos materiais/tecnológicos para exercer a sua prestação de cuidados, sempre focado numa prática segura, adequada, focada na pessoa e portanto de alta qualidade, segundo os modelos (Dubois et al., 2012) Algo que pode ser visto neste estudo e que aparece explanado nesta teoria como o n.º adequado de enfermeiros permite prestar melhor cuidados e assegurar um melhor controle de infeção e de infeções cruzadas, salientando aqui a importância deste tópico com a temática central do estudo.

Mas isto irá implicar a capacidade de adquirir, cumprir e manter os recursos para que a prestação de cuidados de enfermagem ocorra, como por exemplo cumprir *guidelines*, gestão e organizações de material no serviço, aquisição de materiais/equipamentos necessários para o serviço (Dubois, D'Amour, Pomey, Girard, & Brault, 2013).

Assim surge o elemento fundamental do objetivo da prática de cuidados que à luz deste autor, aparece como a capacidade de resposta às necessidades das

peças ao cuidado dos Enfermeiros, onde a prestação de cuidados de qualidade é um aspecto intrínseco deste conceito, mas que se estende até a capacidade de organização de trabalho, que é o fator definitivo da capacidade de resposta e do espectro de ação do trabalho da equipa de enfermagem, isto é, o que permite aos enfermeiros “dar o seu máximo” na prestação de cuidados, diariamente (Dubois et al., 2012) Como é a definição da implementação de objetivos diários na prestação de cuidados, ou no contexto do controlo de infeção poderia ser a adaptação de um técnica asséptica a um procedimento, que facilitasse aos enfermeiros um menor custo de material, de forma eficaz e mais confortável para o utente, e que melhorasse os scores da taxa de Infeção.

Comparando com o exposto no perfil de competências do enfermeiro gestor, onde é reconhecida a competência de gestão para o exercício dessa atividade enquanto enfermeiro a OE, aprovou o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, publicado em Diário da República, de forma a assegurar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Regulamento N.º 76/2018, 2018).

Neste regulamento vem discriminado o referido perfil, defendendo que: “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva na obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento N.º 76/2018, 2018, p. 3478). Aliás o enfermeiro com competência acrescida em gestão, deverá ser detentor de um conhecimento efetivo no domínio da disciplina/profissão de enfermagem, gestão, assessoria e consultadoria.

Assim faz parte da sua competência a capacidade de implementação dos padrões de qualidade em enfermagem, já descritos, sendo um elemento de ligação entre o nível organizacional e a prestação de cuidados e portanto um promotor de desenvolvimento da Profissão e dos enfermeiros a seu cargo, tanto em competências e capacidades Lógicas como técnico-científicas. É um elemento de ligação da sua equipa, e deverá fomentar e proporcionar as condições para a construção de meios/ambientes que permitam a realização de uma prática de enfermagem segura, adequada, e promotora de *outcomes* positivos (Regulamento N.º 76/2018, 2018, p. 3478).

Através da aprovação deste regulamento os Órgãos de Poder Político, validam a importância da liderança e da capacidade de gestão/organização/coordenação de equipas técnicas altamente diferenciadas da Profissão de Enfermagem. Centrando

num elemento, o poder e autoridade adquirida através da sua diferenciação, destacando-o assim pela sua capacidade de prestação e organização de cuidados diferenciados proporcionando-o a hipótese de se centrar em aspectos Organizacionais e promover a evolução da organização/entidade mas também promover a diferenciação de outros elementos menos diferenciados, focados na prestação de um serviço de nível organizacional diferente (Decreto-Lei n.º 71/2019).

Ainda segundo o perfil de competências do enfermeiro gestor, relativamente à prevenção de infeção, este deve deter as competências para garantir a implementação de cuidados de Enfermagem de qualidade, através de uma gestão de “risco clínico e não clínico”, promovendo “ambientes seguros, identificando e gerindo riscos” (Regulamento n.º 101/2015, 2015, p.5950). Ainda neste âmbito, DGS defende que a limpeza dos serviços deve ser assegurada, de modo a garantir um ambiente menos propício ao aparecimento das IACS (DGS, 2013), tendo em consideração que a segurança está associada a maior qualidade e menor risco (DGS, 2012), considerando-se como responsabilidade da área de gestão em enfermagem, a garantia de condições ambientais e materiais para a prestação de cuidados seguros e com qualidade.

O anteriormente referido encontra-se diretamente interligado com a execução e alcance do objetivo estratégico n.º 9.º e que se explana na atividade e responsabilidade de execução de um Enfermeiro diretor, coordenador, supervisor, chefe, gestor de cuidados, generalista e em toda a matéria de gestão de enfermagem.

Neste sentido a interpretação da prática do enfermeiro gestor, relacionada e preocupada com o controlo de infeção, na sua gestão, é centrada em medidas no âmbito da gestão de equipas, respetiva organização de prestação de cuidados, espaços e ambiente com uma comunicação centrada no controlo de infeção, Auditoria e implementação de Práticas baseadas em Evidência adequadas para melhores outcomes.

#### **4. Prevenção e controlo de infeção**

Face a evidências científica atual e múltiplas técnicas de monitorização e observação, é atualmente sabido das existências de múltiplas classes e famílias de microrganismos (bactérias, vírus, fungos, parasitas) que têm a capacidade de sobreviver e de invadir/infectar o corpo humano, causando neste um processo de doença. Poderão existir diferentes cadeias de transmissão (contacto, gotículas,

aéreas) e poderão procurar diferentes tipos de meios mais suscetíveis a sua sobrevivência. A interrupção desta transmissão de microrganismos e correta gestão dos existentes são o fator chave do conceito “controle de infeção” (Couto, Pedrosa, Cunha & Amaral, 2009).

Historicamente, o conceito de infeção, no decorrer deste capítulo aprofundado, é tão antigo quanto a origem dos hospitais e conceito de doença e remonta às primeiras sociedades gregas e primeiras pandemias, que conseqüente da falta medidas e práticas adequadas culminaram em altas taxas de mortalidade. É sabido que os Gregos, Egípcios e outras sociedades, antes de Cristo já procuravam a construção de técnicas e tratamentos, muitas vezes focados em ervas medicinais para precaver complicações de feridas e tratamento de todos os tipos de lesões. É em Inglaterra, no início do século XIX, que é determinado primeiramente e eficazmente o início de medidas de isolamento para patologias na altura determinadas com altas taxas de transmissão. O Médico, Ignaz Semelweis, à data de 1847, inicia os primeiros estudos referentes à transmissão de infeções intra-hospitalares, após observar as taxas de infeções em puérperas cujo o profissional de saúde prestador de cuidados fosse médico do que por um profissional de saúde enfermeira-parteira. Desta análise consegue-se determinar que uma diferente técnica de higienização das mãos estaria a influenciar o *outcome* destas puérperas, e culminando assim na introdução das primeiras técnicas de higienização das mãos com solução, à altura, a base de cloro (Couto. Pedrosa, Cunha & Amaral, 2009).

A partir destes múltiplos marcos profissionais de saúde realizaram diversos estudos procurando identificar fatores protetores ou depletos de *outcomes* negativos nos seus pacientes. Procurando a data análise de factores como a Poluição ambiental, Hospitalar, circuitos, cronometração de efeitos de adversos, taxas de mortalidade após exposição a diferentes tipos de patógenos e aperfeiçoamento de técnicas de autópsia, conservação de material biológico, correta esterilização de material, tendo alguns destes estudos, à data uma fraca verificação de resultados.

No entanto, é novamente com o grupo profissional de enfermagem nomeadamente com Florence Nightingale, em 1863, onde é implementado um conjunto de práticas e intervenções focadas no doente no ambiente da prestação de cuidados e na prática de prestação de cuidados, que surge um decréscimo significativo no risco de infeção hospitalar até a data presenciado. De tal modo que no decorrer de 1 ano, as taxas de disseminação de infeções do tipo hospitalar, decresceram substancialmente, tendo sido realizado um estudo comparativo entre

hospitais que realizavam medidas de isolamento com hospitais sem medidas de isolamento, que à data comprovou uma relação entre doente - infeção hospitalar era de 24 em cada 1000 utentes, se medidas de isolamento eficazes/presentes e de 293 para 1000, sem medidas de isolamento. Tendo como evidências da sua prática ideologia culminando na publicação de um dos mais céleres Livros da História de Profissão de Enfermagem. Em 1867 surge o primeiro manual cirúrgico fundamentando as técnicas antissépticas operatórias por parte de Joseph Lister.

No entanto, com o decorrer da investigação e evolução das técnicas científicas, é já no século XX que surgem as primeiras técnicas de manuseamento de material esterilizado e procedimento antissépticos, surgindo o início do conceito de controlo de infeção (Couto, Pedrosa, Cunha & Amaral, 2009). É nesta época que ocorre a introdução de antimicrobianos, em 1928 com Alexander Fleming, na descoberta do início dos antibióticos, parecendo assim que esta problemática iria ter uma solução, quando a temática da infeção hospitalar, ganha um novo sentido, com o aparecer de novos microrganismos, mais resistentes e adaptados a estes tratamentos. Daqui para a frente surgem os primeiros métodos de vigilância epidemiológica que aconselhavam a construção da instalação de sistemas de vigilância em cada hospital, lado a lado com instituições e centros focados no Controlo, monitorização de infeções, com múltiplas publicações de manuais e artigos nesta temática internacionalmente e foco em Novas especialidades e subespecialidades médicas. Nos quais surgem também nesta altura os primeiros artigos sobre a importância dos rácios de enfermagem (Couto et al., 2009). Na década de 2000, e apesar dos avanços na prevenção e controlo da infeção hospitalar, lado a lado com o uso descontrolado de antimicrobianos, observa-se um aumento da sua ocorrência.

Vários fatores, além das resistências antimicrobiana explicam este fenómeno, tal como, desenvolvimento económico e tecnológico, o aumento da esperança média de vida, o maior uso de procedimentos diagnóstico e terapêuticos invasivos e, ainda, o uso indiscriminado de antibióticos, provocando alterações na epidemiologia hospitalar que favorece a emergência de estirpes multirresistentes.

Em Portugal, o tema de controlo de infeção surge pela primeira vez em 1930, tendo sofrido diversas aplicações e nomeações. Ao longo da sua evolução destaca-se a data de Outubro de 2006 onde, através do Despacho n.º 256/2006, o PNCI foi transferido para a Direcção-Geral da Saúde (DGS), ficando integrado na Divisão da Segurança Clínica, da Direcção da Qualidade Clínica. O objetivo do PNCI é a melhoria da qualidade dos cuidados e promoção da segurança dos utilizadores e profissionais

das unidades de saúde. Com o intuito de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde decidiu reformular o PNCI no atual PNPCIACS. Desde 1930 que uma das preocupações da Direção Geral da Saúde foi abordar e transmitir a responsabilidade da sua abordagem aos vários órgãos de poder, de tal modo que se criaram documentos de suporte de acordo, tendo por base a evolução teórica da temática. Neste âmbito destaca-se o exemplo da Direcção-Geral dos Hospitais que referenciou a todas as unidades de saúde, a Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, para dar conhecimento da Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava esta temática.

Da evolução do tema do controlo de infeção destacam-se algumas datas, nomeadamente, em 1996 o Diretor-Geral da Saúde, por despacho de 23/10/1996 promove iniciativas para minimizar o risco de infeção, bem como o seu controlo através da criação de Comissões de Controlo de Infeção nas unidades de saúde públicas ou privadas. Por outro lado, em 1999 surge o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI), mais tarde substituído pelo Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998), que seria transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge. Mais recentemente, como já mencionado, o PNCI é transferido para a DGS, integrando-se na Divisão da Segurança Clínica.

Em 2009, conseqüente dos resultados do relatório da OMS acerca dos elementos-chave para os programas de Prevenção e Controlo de Infeções, surge um conjunto de normas, posteriormente adoptadas pela DGS, na procura de respostas para o controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos associada ao uso massivo de antibióticos. No ano de 2014, após a implementação dos primeiros programas, a OMS libertou um segundo relatório com vários elementos chave: primeiramente concluiu-se que, à data, a bactéria *Klebsiella pneumoniae* tinha desenvolvido resistência ao tratamento medicamentoso em inúmeras infraestruturas hospitalares a nível mundial, independentemente da faixa etária; em segundo lugar, a terapêutica medicamentosa com fluoroquinolonas apresentava uma redução no combate à maioria das infeções para a qual era direccionada, sendo a medicação eleita para o tratamento da maioria das infeções do trato urinário, desde 1980; e, finalmente, apresentou-se a questão de existirem mais de um milhão de infetados com gonorreia globalmente cujo tratamento com cefalosporinas de 3ª geração apresentava cada vez menos resultados.

Nesse raciocínio, surge em Portugal, em 2015, o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD), com o objetivo de integrar as recomendações europeias num

quadro de prevenção de acidentes e aumento de segurança associados aos cuidados de saúde no SNS. Este plano surge como um instrumento de apoio aos serviços de gestão clínica a fim de aplicar e coordenar práticas seguras. Segundo o PNSD, cada instituição do SNS deve implementar estratégias, que assegurem a melhoria dos cuidados prestados, assumindo-se, assim, como um instrumento fundamental de apoio aos gestores, promovendo a necessidade de implementar as ações identificadas e, através da sua monitorização, justificar e confirmar uma boa gestão dos recursos.

Como já foi descrito, procura-se verificar as estratégias do PNSD numa janela temporal de 5 anos, completando as 5 metas definidas. Tendo em consideração estas metas, para se tornarem concretizáveis, torna-se fundamental identificar os aspetos chaves de sucesso elencados na literatura, lado a lado com as medidas que apresentem fraca resposta ou não foram possíveis de implementar, ou, ainda, os que foram incorretamente implementados e, sempre que possível, o porquê do sucesso ou insucesso.

A prevenção da infeção é, claramente, uma problemática emergente, e, através da análise dos artigos foi possível confirmar que, apesar de existir uma resposta dirigida com medidas aparentemente eficazes, a progressão da infeção, e principalmente da resistência antimicrobiana, continua a verificar-se, surgindo novas bactérias e cada vez mais letais, cuja terapêutica de última linha já não se apresenta eficaz no combate destas. Denota-se, assim, uma questão que implicará mais estudos e investigações, visando a implementação, não só adequada e eficaz das medidas já existentes, mas que permitam a construção de novas ideias e referências lógicas, a fim de alcançar novas metodologias de prevenção e controlo de infeção.

Quanto às intervenções mencionadas, no papel de construção de políticas de saúde e de gestão, a teoria científica suporta a sua importância, evidenciando a construção de equipas de controlo de infeção em cargos de gestão para permitir a implementação de normas, protocolos e *guidelines* mais eficazes. Assim, resumidamente, as boas práticas recomendadas pelos vários autores estudados centram-se essencialmente em:

- 1) Programas de controlo de infeção ou de controlo de antimicrobianos (Hoye, Braend & Spehar, 2020; Ma et al., 2016; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016);
- 2) Orientações estruturadas em evidências científicas (Hoye, Braend & Spehar, 2020; Ma et al., 2016; Ashiru-Oredope et al, 2016; Plachouras & Hopkins, 2017);

3) Educação e formação direcionada (Hoye, Braend & Spehar, 2020; Johnson et al., 2016; Plachouras & Hopkins, 2017);

4) Vigilâncias e monitorização (El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid & Elmanakhly, 2020; Ma et al., 2016; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016; Ashiru-Oredope et al, 2016);

5) Estratégias multimodais (Hoye, Braend & Spehar, 2020; Johnson et al., 2016; Ma et al., 2016; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016; Plachouras & Hopkins, 2017);

6) Monitorização e feedback/auditorias (El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid & Elmanakhly, 2020; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016; Ashiru-Oredope et al, 2016; Plachouras & Hopkins, 2017);

7) Carga de trabalho, staff e ocupação de camas (Greene, Newbitt & Nelson, 2020; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016);

8) Ambiente, Materiais e equipamentos (Greene, Newbitt & Nelson, 2020; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016).

Segundo a pesquisa bibliográfica realizada, as estratégias e os cuidados promotores da prevenção e controlo de infeção surgem lado a lado com o combate da evolução bacteriana e o aumento da sua resistência a antimicrobianos, centrando-se em programas de controlo de infeção (PCI). Como já mencionado, estes programas estabelecem orientações baseadas na evidência produzida por instituições/institutos nacionais, oferecendo resposta à problemática associada à evolução e vigilância destes microrganismos.

As orientações que surgem dos PCI incluem a educação e formação dos profissionais, com estruturação e profissionais responsáveis pelo controlo de infeção; adaptação de estratégias multimodais, ou seja, a criação de programas nacionais de fácil implementação transversal a instituições hospitalares e da comunidade; monitorização e feedback, com auditorias destes programas, explorando a eficácia das estratégias adotadas; monitorização da sobrecarga de trabalho e correta dotação de doentes dentro de cada serviço, corretas normas de controlo de infeção associadas ao número de ocupação de camas por capacidade de resposta de serviço; e, finalmente, manutenção de um ambiente, materiais e equipamentos desinfetados, mantendo uma higienização ocupada de todos os espaços.

O artigo de Hoye, Braend & Spehar (2020) apresenta um estudo qualitativo que procurou compreender que condições necessitava um médico coordenador (em posição de gestão) para estabelecer a maior eficácia na prescrição de antibioterapia. Neste estudo conseguiram, então, avaliar 3 pontos fundamentais: primeiramente, que

a relação entre médicos mais novos com o médico mais velho estreitou-se, facilitando a colocação de dúvidas e, conseqüentemente, permitiu que este médico funcionasse como articulador das práticas de cuidados com as entidades farmacêuticas da instituição, no que toca à regulamentação para prescrição de antibióticos; em segundo lugar, esta relação influenciou o trabalho destes profissionais multidimensionalmente; e, finalmente, aumentou notoriamente a percepção do uso de antibióticos e controlo de infeção. Conclui-se, então, que a presença de médicos coordenadores facilitadores deste tipo de procedimentos melhorava a qualidade e a prestação de cuidados, tal como um maior controlo a nível da prevenção da infeção hospitalar e resistência a antimicrobianos.

O artigo publicado por El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid, & Elmanakhly, em 2020, na revista europeia de microbiologia e controlo de infeção, centra-se no estudo da caracterização molecular das bactérias Gram-negativas em hospitais egípcios. No entanto, a evidência obtida eleva uma das medidas primordiais no controlo ao desenvolvimento da infeção, nomeadamente a troca de informação entre entidades responsáveis e focadas na monitorização da prevenção de infeção. Defende-se, ainda, a necessidade de as entidades se assumirem como responsáveis por implementar medidas de controlo de infeção estritas, mas também políticas hospitalares, juntamente com realização uma vigilância periódica e adequada destas problemáticas.

Greene, Newbitt & Nelson (2020) publicam uma revisão da literatura que evidencia que o antimicrobial stewardship promove e melhora os cuidados de saúde prestados, bem como reduz a resistência antimicrobiana, enaltecendo que, em contrapartida, quando esta medida não é corretamente aplicada, podem ser obtidos resultados opostos. Refere-se como fundamental a análise de literatura, desde a prescrição da medicação que pode ser melhorada com a presença de um médico experiente, ou um farmacêutico, experiente que valide a prescrição. Em simultâneo, elenca-se a existência de um apoio da administração focado na correta formalização de políticas neste meio. Reforça-se, também, que a existência de ratios adequados que permitam às equipas médicas adequar as suas avaliações dos utentes, contribui em muito na redução da prescrição. Retrata-se que, com políticas de saúde bem fundamentadas, há uma redução de custo em saúde, uma vez que esta problemática surge como dispendiosa por múltiplos internamentos e recidivas de internamentos, estando associados a internamentos particularmente longos com descompensações de outras patologias acessórias e múltiplos eventos secundários neste contexto.

Deste modo, no artigo de Johnson, A. et al (2016), os autores retratam a realidade inglesa, na qual é vantajoso o uso de medidas adequadas e estratégicas de vigilância da resistência antimicrobiana, salientado que o uso de novas tecnologias informáticas como plataformas de disponibilização de datas e recomendações se torna um método barato e eficaz de difundir informação, expandir conhecimento e minorar a propagação da infeção hospitalar.

Face à necessidade de estratégias adequadas, autores como, Ma, X. et al (2016) publicam um artigo referente à realidade chinesa, e que salienta os resultados das medidas aplicadas pelo governo Chinês, nomeadamente, em que, os resultados obtidos pelas medidas implementadas pelo Ministério da Saúde. São definidas políticas implementadas, que se centram na redução de prescrição de antibioterapia, e cuja conclusão explanou uma redução de utentes admitidos em cuidados intensivos, bem como uma redução da taxa de infeção hospitalar. Ainda nesta realidade, chinesa, Wang, Zhang, Liang & Bloom (2016) divulgam um estudo, na tentativa de compreender por motivo a eficácia das políticas ser tão reduzidas, estando estas previamente definidas e seguirem normas institucionais regulamentadas. Conclui-se que apesar de os gestores procurarem implementar medidas importantes, não conseguem determinar as adaptações fundamentais para que sejam eficazes na realidade chinesa, verificando-se um gap entre o que as políticas determinam e as intervenções que os hospitais conseguem efetivar. Retrata-se, ainda, um elevado número populacional com agentes patológicos multirresistentes, levando a um elevado número de prescrição de antibioterapia.

Não obstante o mencionado, no *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Ashiru-Oredope et al (2016) apresentam um artigo que pretende analisar a eficácia das medidas que foram implementadas desde 2014, através de relatórios eletrónicos. Foi percecionado que numa janela temporal de 2 anos, desde o início da implementação das medidas, apesar dos inúmeros esforços para o realizar, na verdade ainda se encontravam em fase de as implementar, tendo-se debatido com diversas dificuldades. Neste artigo debate-se interligação entre a unidade hospitalar e unidade de cuidados de saúde primários, bem como com o levantamento de prescrições receitas médicas nas farmácias de antibióticos, o que demonstra o início de uma perspetiva inovadora, e englobativa de um novo pensamento. Isto permite, que finalmente, em 2017, Plachouras & Hopkins publicam uma revisão de literatura que, embora direcionada apenas para o controlo da resistência antimicrobiana, veio trazer ao de cima a realidade de que existem inúmeras medidas eficazes, e que estas devem

ser aplicadas globalmente, salientado um conjunto de metodologias e intervenções direcionadas para a prática médica que reduzem substancialmente a quantidade e qualidade da prescrição médica de antibióticos. Para além disso, esta revisão aborda um aspeto fundamental, e que vai ao encontro do descrito pela literatura em artigos mais recentes, que é o facto de apesar destas iniciativas para redução de prescrição de antibióticos e correta prescrição dos mesmos, isso vai reduzir a taxa de resistência a antimicrobianos, mas não é ainda a solução, uma vez que, continuam a surgir organismos, em múltiplos estudos, a desenvolver novas resistências. Concluiu-se que a obrigatoriedade de programas de implementação da evidência científica, através de programas de controlo de infeção e aumento da sensibilização da população e profissionais de saúde, é sempre benéfico e deverá ser fomentado.

Como é sabido e salientado até este ponto, o processo de hospitalização, agrava a vulnerabilidade da pessoa doente, onde este encontra-se exposto a um conjunto de fatores extrínsecos imenso, sendo um destes a grande variedade de microrganismos existentes em meio hospitalar; no entanto, o contacto entre eles não resulta obrigatoriamente no desenvolvimento de infeção. Existem vários fatores que influenciam a natureza e a frequência das infeções, assim como elevam a probabilidade da exposição levar à infeção, como sejam as características do microrganismo, a sua resistência aos agentes antimicrobianos, a sua virulência e a quantidade de material infeccioso presente (DGS, 2002). Segundo Couto, Pedrosa, Cunha e Amaral (2009), a relação encontrada entre os microrganismos do ambiente hospitalar e as infeções hospitalares baseia-se na interação entre o doente, o espaço físico, os equipamentos e os artigos envolvidos na prestação de cuidados e na presença inevitável de microrganismos, tanto no próprio doente como em tudo o que o rodeia. Podem ser causadas por microrganismos adquiridos a partir de outra pessoa no hospital, denominando-se então de infeção cruzada, pela própria flora do doente, sendo considerada uma infeção endógena, ou através de objetos inanimados ou substâncias recentemente contaminadas por outra fonte humana, designada por infeção ambiental.

Assim as infeções nosocomiais, também chamadas de hospitalares, são infeções adquiridas pelos doentes durante o internamento num hospital ou permanência noutra instituição de saúde, as quais não se encontravam presentes, ou em incubação, à data da admissão, ocorrendo 48 horas depois desta. Neste Sentido as IACS, Segundo a DGS (2007), são as “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde” (IACS) que se representam por uma infeção adquirida tanto pelos doentes,

como pelos profissionais, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados.

Face ao apresentado esta temática ganha cada vez maior expressão tanto a nível nacional como internacional, Estudos internacionais demonstram que cerca de um terço das infeções adquiridas durante a prestação de cuidados são certamente evitáveis (DGS, 2007). O impacto da IACS verifica-se a vários níveis; nomeadamente, agravam a incapacidade funcional, o sofrimento, o stress emocional do doente, a qualidade de vida, sendo mesmo uma das principais causas de morte, onde os custos económicos são consideráveis (Lima, 2008). O que enaltece o facto de este PNSD, o primeiro do seu tipo. Nacionalmente, servirá como fonte de aprendizagem para o novo PNSD 2021-2026.

## **5. Problema em Estudo**

Para iniciar o projeto foi então delineada uma pergunta de investigação: 0. Através desta questão procura-se dar resposta ao objetivo geral do trabalho, definido como avaliar o 9.º objetivo estratégico, do Plano Nacional de Segurança do Doente.

No seguimento da estruturação e planeamento do estudo foram definidos diversos objetivos específicos, aos quais se tenciona responder durante o decorrer da investigação:

- Avaliar se foi possível “atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%”
- Avaliar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos”
- Avaliar se foi possível “atingir uma taxa de MRSA de 20%”
- Avaliar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes”
- Avaliar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas” (PNSD 2015-2020).

## PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

Com base no PNSD 2015-2020, colocou-se como questão de partida “Qual o nível de implementação do objetivo estratégico 9.º do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020?” e, posteriormente, avaliar adequadamente o 9.º objetivo estratégico do mesmo plano, nomeadamente perceber se foi possível atingir as seguintes metas: uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; reduzir em 50%, face a 2014, o consumo de antimicrobianos; uma taxa de MRSA de 20%; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes; e, por fim, reduzir em 50%, face a 2014, o consumo de quinolonas (DGS, 2019).

### 1. Tipo de estudo

A fim de determinar se os objetivos explanados foram atingidos procedeu-se análise dos dados cedidos após aplicação de um instrumento libertado pela Direção-Geral da Saúde que, após ter sido aplicado às diversas instituições, permitiu uma análise das respostas e a realização um **estudo quantitativo retrospectivo, observacional e descritivo**, baseado nos dados obtidos.

O estudo apresenta-se como observacional, uma vez que o investigador não intervém na ação, mas descreve/analisa/documenta os acontecimentos ocorridos, tal como as relações entre variáveis (Ribeiro, 2007; Almeida, 2017). Para além disso, é, ainda, um estudo descritivo e retrospectivo, visto que permite uma análise detalhada das intervenções e eficácia das mesmas, através de dados obtidos num único momento (Ribeiro, 2007; Almeida, 2017; Grove, Sutherland & Gray, 2017).

#### 1.1. Amostra do estudo/participantes

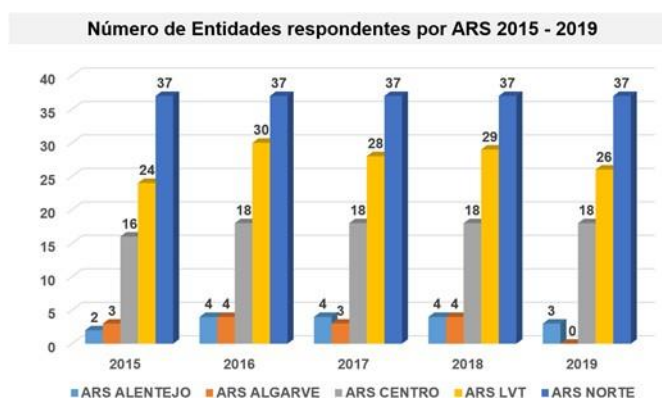
A amostra de estudo é dividida pelo número e tipologia das entidades que responderam ao questionário fornecido pela DGS. O número de instituições participantes manteve-se semelhante ao longo dos 5 anos, destacando-se o ano de 2015 como o ano com menor número de respostas, o ano de 2018 como o ano com mais respostas.

Quadro 1. Número de respostas anuais

	<b>Dados relativos ao ano:</b>				
	2015	2016	2017	2018	2019
Total de entidades participantes	82	93	90	92	84

Referente às tipologias responderam diferentes entidades como ACES; Centros Hospitalares, Hospitais e ULS. Verificou-se que 37 entidades, destacando-se como o maioritário são pertencentes à ARS Norte, e imediatamente em seguida ARS LVT com uma variação entre os 30 e as 24 no decorrer do ano. Em contrapartida a ARS Centro apresenta um número estável de 18 Entidades ao longo dos últimos 4 anos, o que não se verifica nas restantes ARS com entrada e saída de entidades ao longo dos 4 anos de estudo (2015-2019). Já o menor número de entidades pertence à ARS Alentejo [4 a 2] e Algarve [4-0]. A ARS Algarve no decorrer do ano 2019, não reportou quaisquer dados para o estudo.

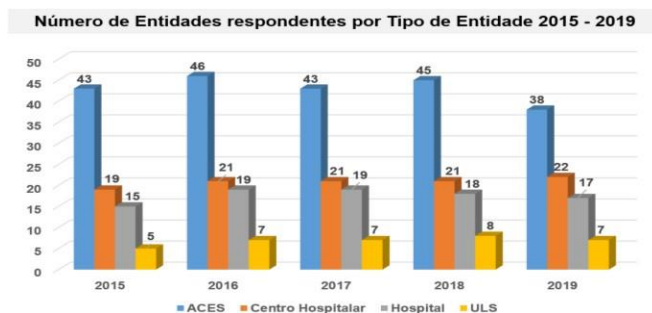
Gráfico 1. Evolução anual do número de entidades participantes por ARS entre 2015-2019



Esta amostra, e a sua distribuição é congruente e consistente com o nº de instituições distribuídas geograficamente a nível nacional. Contabilizaram-se ainda ao longo de 4 anos. O que se apresenta como uma participação significativa.

- Nº ACES: [38-46].
- Nº Hospitais: [39 – 47]
- Nº de ULS e Entidades: [5 – 8]
- Nº de Centro Hospitalar [19 - 22]
- Entidades categorizadas no estudo: [38-47]. No ano 2015 foi o ano com menor nº de entidades e em contrapartida 2016 o com maior nº de Entidades.
- 2015 foi o ano em que se registou um maior número de ACES em comparação aos hospitais.

Gráfico 2. Evolução anual do número de entidades participantes, por tipo de entidade entre 2015-2019



Que noutras palavras se traduz por:

ARS	Centro Hospitalar	Hospital	ULS	ACES
Norte	8	5	3	21
Centro	5	5	2	6
LVT	8	8	0	15
Alentejo	0	1	3	1
Algarve	1	0	0	3

Que ao espectro do n.º de comissões de qualidade agregadas, referente ao contexto hospital são 49 comissões versus os 46 referentes aos ACES.

## 2. Recolha e tratamento de dados

A recolha e tratamento de dados, para a realização deste trabalho, centrou-se na análise dos dados cedidos pela DGS, da base de dados da Segurança do Doente 2015-2019, uma vez que foram estes que fizeram o levantamento das respostas ao Instrumento.

Relativamente à investigação posterior, foi realizada uma análise dos dados cedidos pela DGS, que permitiu a construção dos gráficos, analisados pelo tratamento de dados. Este questionário, que visa responder aos objetivos estipulados e à questão de investigação, surge de uma parceria estabelecida a partir de um protocolo com a ESEL que se encontra apresentado em Anexo III.

Este instrumento terá sido criado em 2015 com 8 questões originais, que a partir do ano de 2017 foi alterado, culminando num total de 30 questões, e alíneas, como se apresenta atualmente. Está dividido em três grandes grupos vigilância epidemiológica; controlo da administração de antimicrobianos; e feixe de intervenções. A primeira questão numerada é a 30, pois todas as anteriores estão relacionadas aos primeiros oito objetivos estratégicos do PNSD. Destarte, e para que a análise de dados seja lógica, são então expostas as diversas questões e a sua

dissecção, com respetiva escrutinação de questão a questão, com a finalidade de inferir se os objetivos da meta enunciada anteriormente foram atingidos, ou não.

Dividindo o número total de questões de forma a relacionar as mesmas com o Objetivo Estratégico N.º 9.º, tem-se que:

- Q30; Q30a); Q30b); Q30c); Q30d); Q31 são referentes à vigilância de Infecções enquadram-se na Meta 1;
- Q32, Q32.1, Q32.2, Q32.3, Q37 estão incluídas na temática de vigilância de infeções – micro-organismos e vão de encontro à Meta 1; a questão 32 e restantes questões à Meta 3.
- Q34, Q33, Q35 e Q36 referem ao consumo de antimicrobianos, permitem estabelecer uma relação com a Meta 1 (questão 34); Meta 2, as questões 33, 34, 35; e a Meta 5 na questão 36.
- Q37.1, Q37.1ª), Q37.2, Q37.3, Q37.4, são referentes ao feixe de intervenções, associando-se à Meta 1.
- Q38.1, Q38.2, Q38.3, Q39, Q40, Q41 e Q42 estão relacionadas a estratégias de intervenções e documentação, recaem sobre a Meta 1.

### **3. Procedimentos éticos**

Referente aos dados colhidos sobre o estudo realizado posteriormente, baseado na análise de dados de um estudo observacional, foram acautelados os procedimentos éticos da proteção dos dados de todos os envolvidos como adiante se descreve.

Como Dupas (2001) aborda, torna-se imperativo uma ponderação relativa à imprevisibilidade das consequências de uma investigação. Assim, tendo em consideração o explanado, existe um conjunto de princípios que têm de ser obrigatoriamente respeitados, e pelos quais se tenciona primar no trabalho, começando pela referenciação pelas normas APA, discriminadas pela ESEL, respeitando os direitos de autor de todos os citados. Ou seja, se o enfermeiro tem a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todas as situações (Ordem dos Enfermeiros, 2012) deve salvaguardar os direitos de todos os que possam ser afetados direta ou indiretamente por práticas de cuidados, mas também durante a realização de pesquisas de natureza científica.

Seguindo o raciocínio apresentado, e com base no Código Europeu de Conduta para Integridade na Investigação (ALLEA, 2018), o princípio da integridade da

investigação incide diretamente no direito à autodeterminação informacional. Este retrata a importância do tratamento de dados, apenas e exclusivamente, se estiver expresso um consentimento de titulares desses dados, o que é suportado pelo Primado da Pessoa Humana, artigo 3º da lei nº21/2014 de 16 de abril, na Lei de investigação clínica, em vigor nacionalmente. Em acrescento, esta lei defende que em qualquer momento da investigação os direitos dos participantes prevalecem sobre os interesses da ciência e da sociedade, procurando-se, então, garantir aos envolvidos os seus direitos, como o direito de informação completa sobre o estudo (a natureza, o fim, a duração, métodos utilizados); o direito de autodeterminação (direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não, remetendo ao consentimento informado Artigo Nº 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei Nº 156/2015) e o direito do anonimato e a confidencialidade. Para cumprir este último é construída uma lista de códigos que permite apenas ao investigador conhecer os resultados e interligá-los às instituições correspondentes, decorrendo em simultâneo com assegurar o respeito pelos participantes, não identificando diretamente os locais de realização do estudo, mas sim por referências genéricas (Nunes, 2013).

Após a recolha de dados, e relembrando o adágio/epigrama de Murphy, que assenta na máxima "qualquer coisa que possa ocorrer mal, correrá mal, no pior momento possível", procuro salvaguardar os dados recolhidos durante a investigação, assegurando a sua proteção tal como Bryman (2012) defende.

Para a recolha de dados, realiza-se uma recolha apenas de dados adequados, relevantes e estritamente necessários para o estudo, não guardando os dados que possam identificar os participantes, através da criação de um conjunto de códigos, como já referido, que separem os dados e permitam a sua análise. Este processamento de informação segue uma metodologia, bem definida e exposta, que respeita o quadro de referência legal nacional enquadrado em referências políticas internacionais.

Face ao previamente já explanado, o instrumento de recolha de dados disponibilizado pela DGS foi alvo de escrutínio, por parte dos próprios autores e dos seus aplicadores, assegurando que na sua utilização não são manipulados os dados, permitindo a liberdade de resposta, possibilitando situações e condições que favoreçam a liberdade de pensamento e expressão.

Assim, tal como Gray, Grove & Sutherland (2017) evidenciam, só haverá evolução em enfermagem se, através do processo de investigação, se verificar melhoria das práticas clínicas, com a construção e estruturação de uma forma de

saber próprio que visa aprofundar a sustentação da prática clínica, delimitando campos de intervenção e assegurando uma prestação de cuidados baseada em evidência científica, justificando, finalmente, a importância da realização de investigação adequada em enfermagem.

De acordo com a parceria estabelecida com a DGS, foram assinados dois documentos: primeiramente o formulário de solicitação de colaboração com o DQS, responsável por determinar o requerente e formular um pedido de colaboração num projeto de investigação [anexo I]; e, posteriormente, a declaração de sigilo e confidencialidade, que se apresenta como documento oficial que corrobora o cumprimento de onze pontos centrados nas boas práticas e normas referentes à maneira adequada, protegida e honesta de trabalhar os dados da investigação [anexo II].

## PARTE III – Resultados

### 1. Análise de Dados:

Face ao tema, questão de investigação e objetivos apresentados, para abordagem do tema da dissertação foi realizado um estudo quantitativo, que tem como finalidade evidenciar relações entre variáveis pré-definidas, através da verificação de hipóteses passíveis de modo a determinar o cumprimento do objetivo estratégico nº9 do PNSD, analisando metodologicamente os dados recolhidos junto da DGS. Neste sentido, a dissecção da evidência obtida, permitiu estruturar e realizar uma análise das variáveis, através dos resultados obtidos recolhidos metodicamente com o auxílio de técnicas estatísticas (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

Os resultados expostos nesta dissertação baseiam-se em dados disponibilizados pela DGS, após uma recolha de dados anual, que posteriormente foram organizados em “EXCEL” e “SPSS” de modo a permitir uma análise fidedigna e adequada dos dados transferidos (Anexo III, questionário disponibilizado pela DGS).

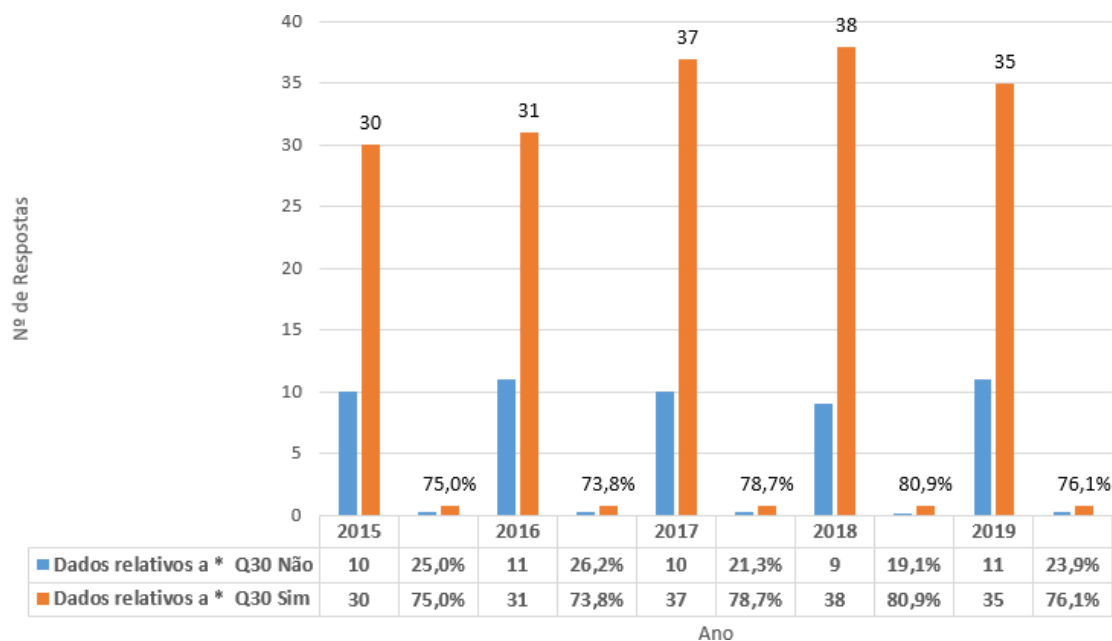
A fim de precisar se as 5 metas do objetivo estratégico número 9º do PNSD foram atingidas, analisa-se o instrumento da Prioridade II – Reforço da Segurança dos Doentes (Anexo III), que se centra num conjunto de dados obtidos a partir do questionário aplicado em diversas entidades já anteriormente descritas.

O estudo detalhado dos dados obtidos através do questionário permitiu a construção de um conjunto de gráficos e tabelas, nomeadamente “gráficos de resposta”, “gráficos de percentagem”, construídos com base nas tabelas percentuais apresentadas com as respostas, e ainda “tabelas de intervalo” desenvolvidas para facilitar a análise das tabelas percentuais. Categorizam-se os seguintes intervalos para as “tabelas de intervalo: 0-24%; 25-49%;50-74%; 75-99%; =100%; em todas as questões desta natureza.

Como referido anteriormente, o objetivo estratégico inicia-se na questão 30, “*A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional?*”, é possível verificar que a resposta obtida é maioritariamente “sim”; sendo que até 2018 se verifica um aumento na monitorização de IACS e, embora esteja presente um ligeiro decréscimo em 2019, mantém-se constantemente uma taxa superior a 75%. As respostas positivas variam entre 73,8% (2016) e um máximo de 80,9% em 2018. Existem respostas por parte dos ACES até ao ano de 2016, inclusive.

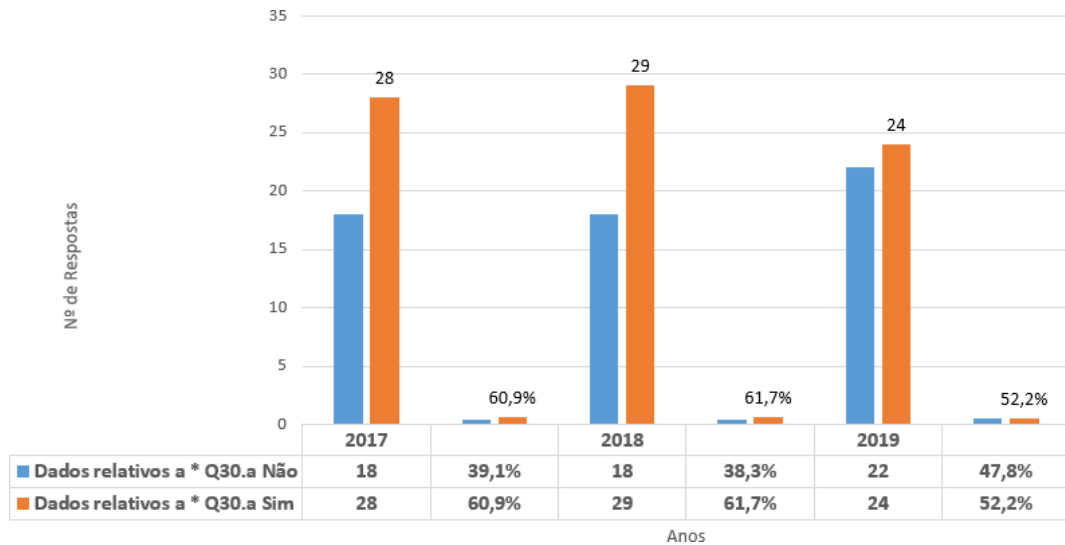
Em 2015 apenas um ACES responde positivamente, e em 2016 dezoito ACES referem ter realizado esta monitorização. Esta questão poderia contribuir para se avaliar se a instituição atingiu a meta alínea 1), no entanto, tal não pode ser inferido uma vez que a mesma se centra na avaliação de uma Boa Prática e não na tradução da Taxa de Incidência de Infeção Hospitalar.

Gráfico 3. Evolução anual da monitorização das IACS através de programas de Vigilância Europeia e/ou Nacional entre 2015-2019 (Q30)



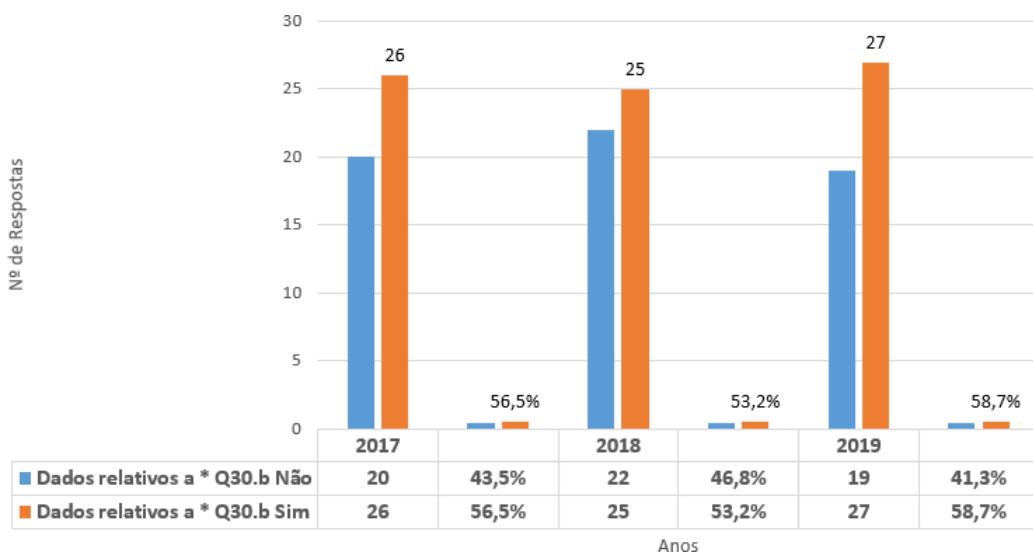
Relativamente à questão 30a) “[Existe] Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI”, verificou-se que a resposta é maioritariamente “sim”. Entre 2017-2018 existe uma relação sim/não mais favorável, possivelmente associada à fase de implementação do programa. Em 2019 verifica-se uma redução quer no número de respostas na amostra total, bem como uma redução na taxa de vigilância do local cirúrgico (52,2%). A variação ocorre entre um máximo de 61,9% em 2018 e os 52,2% já assinalados. Esta questão vem avaliar as boas práticas, mas merece reflexão sobre a tendência de descida na relação sim/não.

Gráfico 4. Evolução anual do programa de vigilância do local cirúrgico (Rede Europeia) – HAI – Net – SSI entre 2015-2019 (Q30.a)



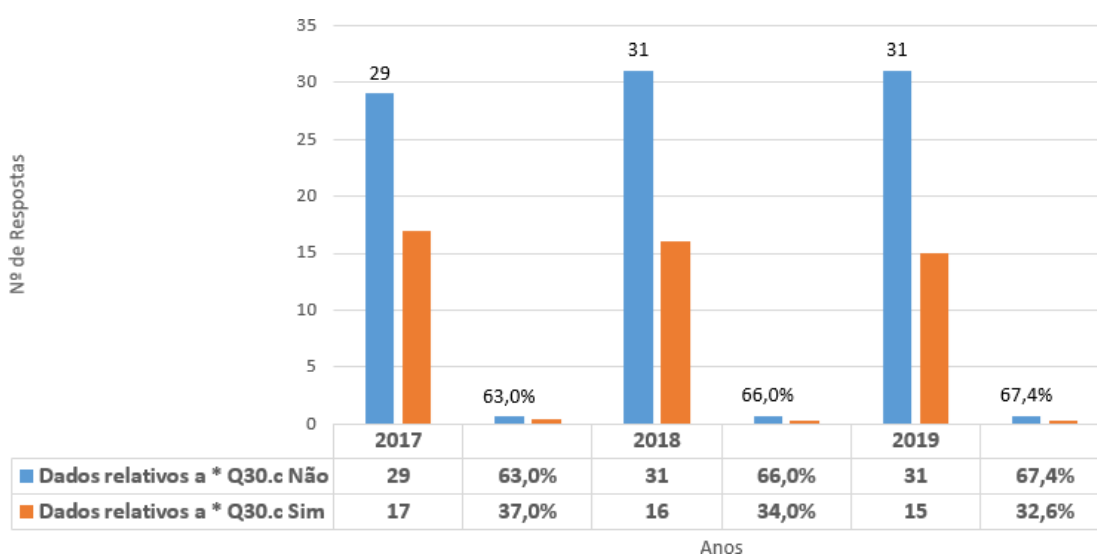
A questão 30b) avalia a existência de “Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU”; sendo que, a resposta mais comum é “sim”. Ao longo do período temporal verifica-se uma redução do número de respostas negativas traduzindo-se num aumento na vigilância das quatro infeções mais relevantes em UCI. As taxas “sim” variam entre 53,2% (2018) e 58,7% (2019). Esta questão tem como orientação a meta alínea 1), no entanto a análise da pergunta realizada não responde diretamente à mesma, uma vez que se centra na análise de uma boa prática.

Gráfico 5. Evolução anual do programa de vigilância das quatro infeções mais relevantes nas UCI's – HAI – Net – ICU entre 2015-2019 (Q30.b)



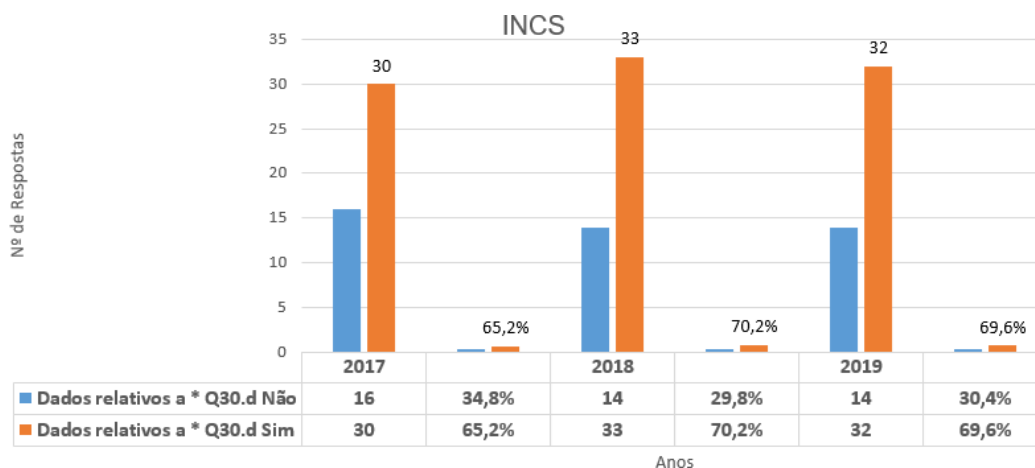
A questão 30c) incide na existência de um “Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN”. As respostas centram-se maioritariamente no “não”. Desde 2017 é verificável um aumento das respostas negativas. As respostas positivas variam entre 32,6% (2019) e 37%, sendo o maior valor registado em 2017. Esta situação implica um maior investimento neste programa de vigilância. É uma boa prática não validada na maioria das instituições.

Gráfico 6. Evolução anual do programa de vigilância das quatro infeções mais relevantes UCIN's – HAI – UCIN entre 2017-2019 (Q30.c)



Relativamente à questão 30d), avalia-se se existe um “Programa de VE das infeções nosocomiais da corrente sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS?”. A resposta mais comum é “sim”. Entre 2017 e 2018 existe um aumento das respostas positivas variando entre 65,2% (2017) e 2018 com 70,2%. A avaliação das boas práticas é favorável, mas podemos verificar uma ligeira descida em 2019.

Gráfico 7. Evolução anual do programa de vigilância das infeções nosocomiais sanguíneas em serviços de internamento de unidades de cuidados agudos – HAI – VE – INCS entre 2017-2019 (Q30.d)



Já a questão 31 analise se “A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores?” A resposta é maioritariamente “não” (exceto em 2018). Apesar de existir um aumento percentual do número das respostas negativas para 2019, quando analisada a resposta com a tipologia da instituição, verifica-se que são os ACES, na sua maioria, que “não” analisam estes dados regularmente (evidência na tabela apresentada). Salienta-se, no entanto, na questão 30 e gráfico 3 apresentados anteriormente que existe controlo de acordo com os programas de vigilância europeia e nacional. Esta pergunta está relacionada com a meta, contudo não permite responder diretamente à mesma.

Gráfico 8. Evolução anual da análise regular dos dados das IACS entre 2017-2019 (Q31)

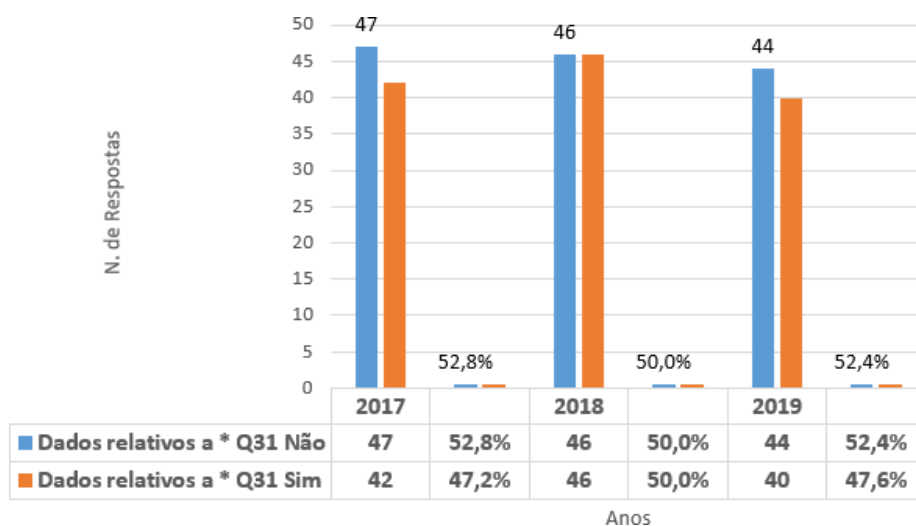
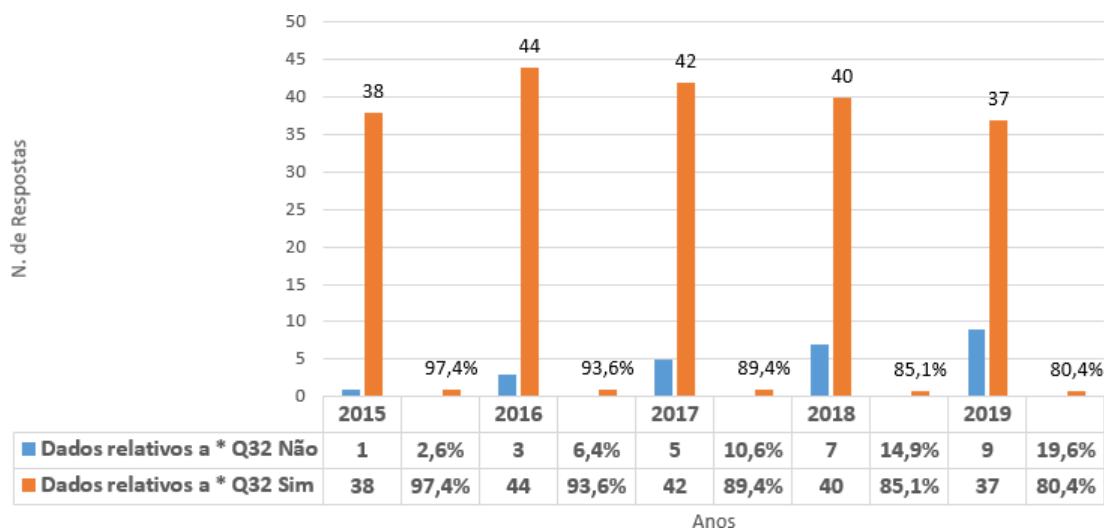


Tabela 1. Instituições que respondem a Q31

		Não	Sim	Total
2017	ACES	37	6	43
	Centro Hospitalar	6	14	20
	Hospital	2	17	19
	ULS	2	5	7
Total		47	42	89
2018	ACES	36	9	45
	Centro Hospitalar	6	15	21
	Hospital	2	16	18
	ULS	2	6	8
Total		46	46	92
2019	ACES	32	6	38
	Centro Hospitalar	7	15	22
	Hospital	2	15	17
	ULS	3	4	7
Total		44	40	84

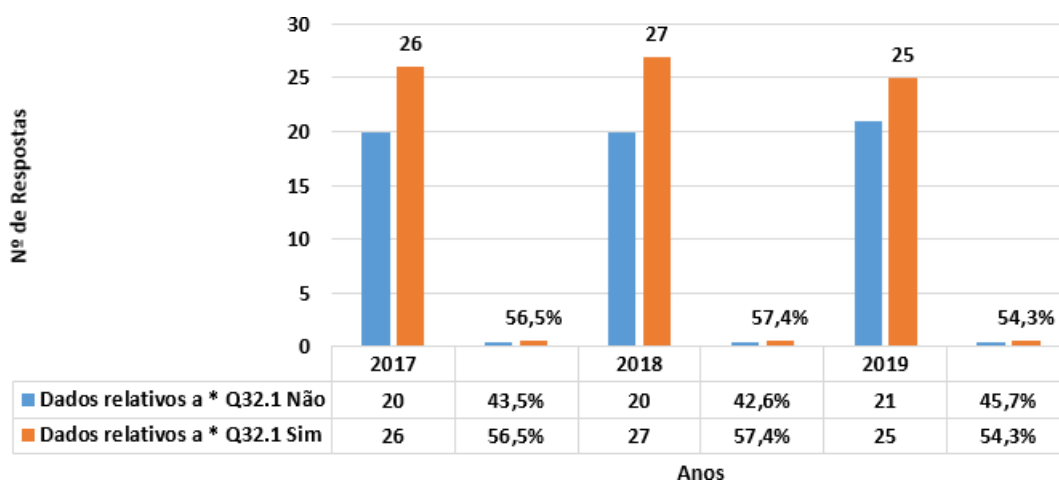
A questão 32 aponta se “A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015 [antiga questão 31 em 2015-2016]”. Com respostas predominantemente “sim”, a maioria das instituições tem implementado as medidas, embora exista uma discreta subida dos “não” entre 2015-2019, sendo que em 2015 os hospitais notificam mais. Os valores “sim” variam entre 97,4% em 2015 e 80,45 % em 2019. Assinala-se tendência de descida. Os dados permitem questionar se houve um decréscimo dos microrganismos a monitorizar/registar ou a sua notificação, foi menos consistente durante esta janela temporal.

Gráfico 9. Evolução anual da monitorização e notificação segundo a norma da DGS/PPCIRA entre 2015-2019 (Q32)



No que respeita à questão 32.1: “A taxa de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina), no total de *Staphylococcus aureus* (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquido) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu relativamente ao ano anterior, na instituição – Se sim, em que percentagem?”, verifica-se que a resposta mais comum é “sim”, no entanto de assinalar uma percentagem ainda elevada que responde “não”. Os valores das entidades que respondem afirmativamente (reduziram a taxa) decresceram desde 2018, variando entre 56,5% a 54,3%, em 2019. Esta questão vem procurar responder à meta alínea 3) com a evolução moderadamente favorável ao cumprimento da mesma, assinalando-se respostas positivas acima dos 50%. Ficam por analisar os dados da percentagem exata através de estudos de prevalência.

Gráfico 10. Evolução anual da taxa de MRSA/1000 dias de internamento reduziu referente ao ano anterior entre 2017-2019 (Q32.1)

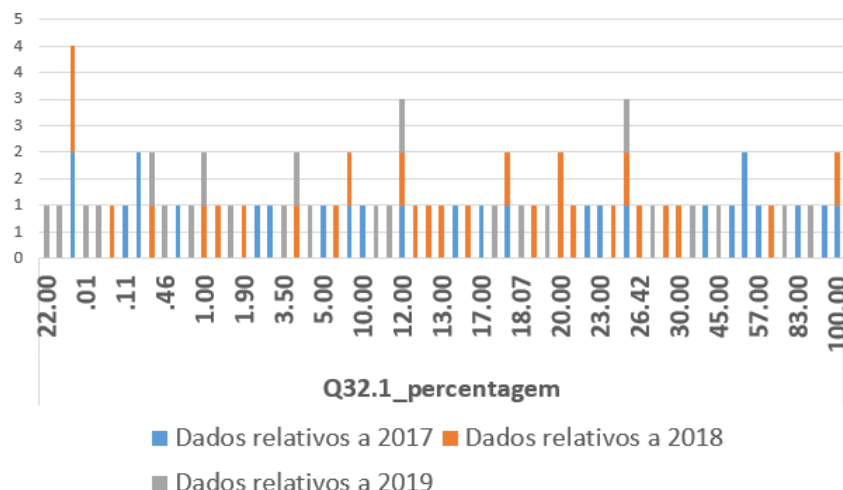


Ainda sobre esta questão, na categorização da variável por intervalos é possível compreender que entre 2017 e 2018 ocorreu uma diminuição da taxa de ocorrência de MRSA/1000 internamentos, tendo em 2019, mantido valores idênticos. Como apontado previamente, para a categorização usaram-se os intervalos: 0-24%; 25-49%;50-74%; 75-99% ; =100%.

Tabela 2. Intervalos de Q32.1

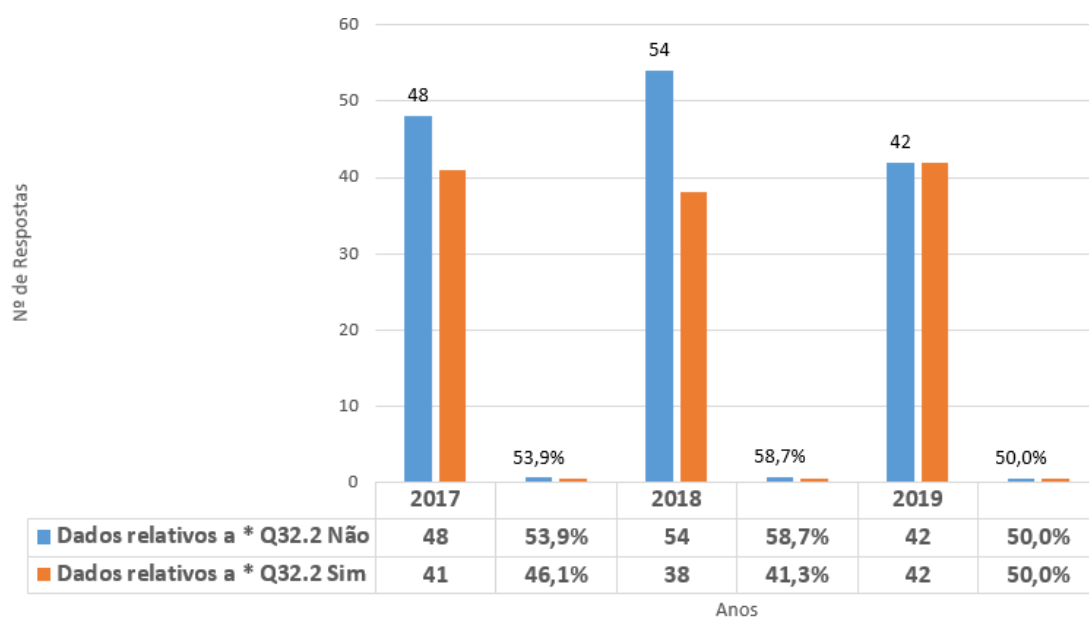
%*	2017	2018	2019
Até 25%	17	21	18
Até 50%	5	4	4
Até 75%	1	1	0
Até 100%	2	0	2
100%	1	1	0

Gráfico 11. Respostas em percentagem a Q32.1



Em relação à questão 32.2, se “*Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015? – Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?*“, a resposta é predominante “não”, exceto em 2019 (50%). Entre 2017-2018 a maioria (53,9% e 58,7%) das respostas centra-se no “não”, ou seja, no não cumprimento da norma, embora se verifique uma melhoria em 2019, com aumento de respostas “sim” demonstrando um maior equilíbrio e uma tendência de melhoria.

Gráfico 12. Evolução anual da implementação da Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão MRSA entre 2017-2019 (Q32.2)

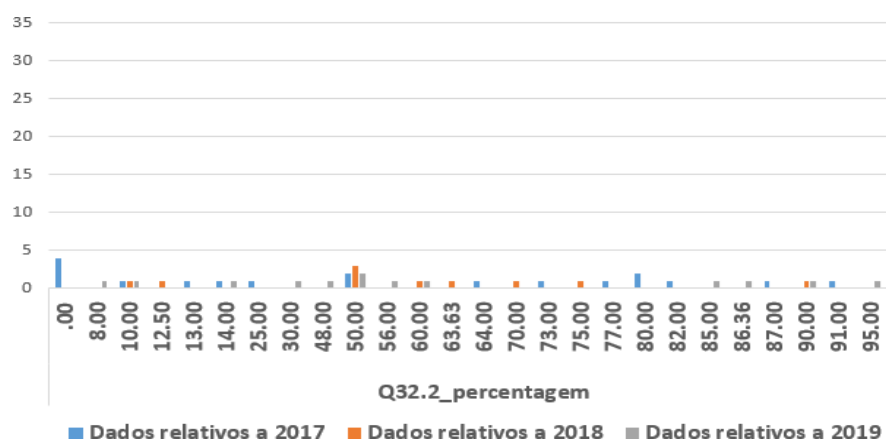


Uma vez categorizada a variável em intervalos, verificamos que existe uma implementação adequada da norma, com maior número de respostas 100%, havendo uma estabilização em descida na maioria dos outros intervalos.

Tabela 3. Intervalos em Q32.2

%*	2017	2018	2019
Até 25%	7	2	3
Até 50%	1	0	2
Até 75%	4	6	4
Até 100%	6	2	4
100%	25	28	29

Gráfico 13. Resposta em percentagem a Q32.2



Na questão 32.3: “A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequadas – se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?”, denota-se principalmente as respostas “não” ao longo dos três anos, sendo possível observar que as respostas são transversais aos diferentes tipos de identidade. Valores positivos variam entre os 30,3% em 2017 e os 36,9% em 2019 com tendência de melhoria. Não há cumprimento da avaliação do risco.

Gráfico 14. Evolução anual da aplicação da grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão entre 2017-2019 (Q32.3)

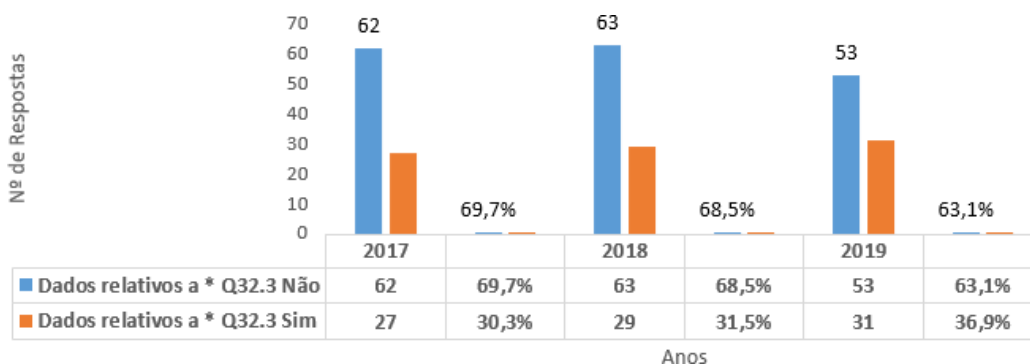


Tabela 4. Instituições que respondem a Q32.3

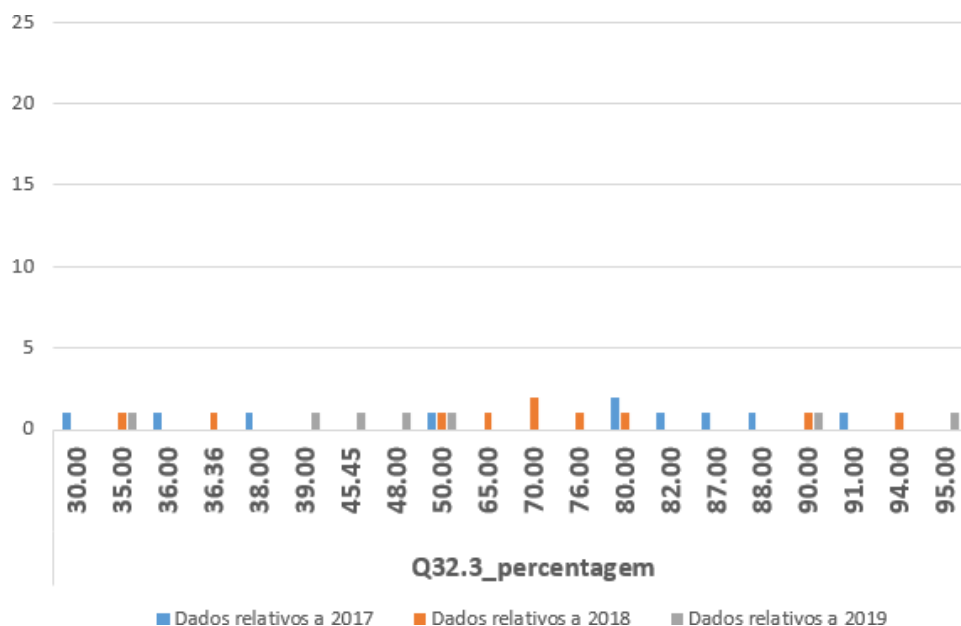
		Não	Sim	Total
<b>2017</b>	<b>ACES</b>	36	7	43
	<b>Centro Hospitalar</b>	10	10	20
	<b>Hospital</b>	11	8	19
	<b>ULS</b>	5	2	7
Total		62	27	89
<b>2018</b>	<b>ACES</b>	40	5	45
	<b>Centro Hospitalar</b>	10	11	21
	<b>Hospital</b>	11	7	18
	<b>ULS</b>	2	6	8
Total		63	29	92
<b>2019</b>	<b>ACES</b>	33	5	38
	<b>Centro Hospitalar</b>	8	14	22
	<b>Hospital</b>	10	7	17
	<b>ULS</b>	2	5	7
Total		53	31	84

Pela categorização da variável verifica-se, pela aplicação da grelha, que nenhuma instituição a realiza em percentagem inferior a 25%. Salienta-se uma melhoria significativa desde 2017 até 2019 na aplicação da mesma a nível de 100% com um aumento de 69,23% (8) desde 2017.

Tabela 5. Intervalos em Q32.3

%*	2017	2018	2019
Até 25%	0	0	0
Até 50%	2	2	4
Até 75%	1	4	1
Até 100%	6	4	2
100%	13	16	22

Gráfico 15. Resposta em percentagem a Q32.3



Na questão 33 aborda-se se “A instituição tem implementado um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho nº 15423?”. As respostas são maioritariamente “sim” em 2017, 2018 e 2019. As respostas favoráveis (sim) variam entre 40,7% e 57,1%. Quando analisada por tipologia, verifica-se que são os ACES a responder maioritariamente “não”. Esta questão vem no sentido do cumprimento da meta alínea 2), mas avalia apenas a boa prática.

Gráfico 16. Evolução anual da existência de um programa de apoio à prescrição de antibióticos entre 2015-2019 (Q33)

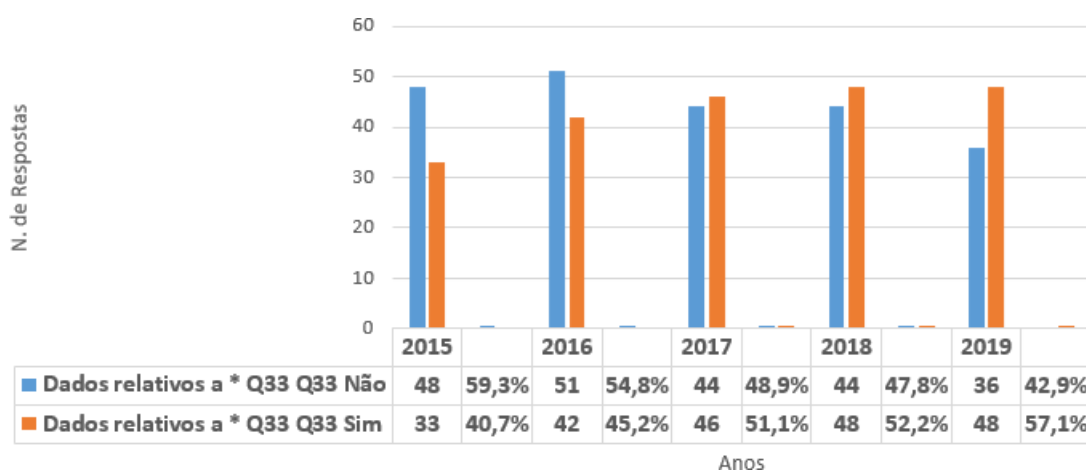
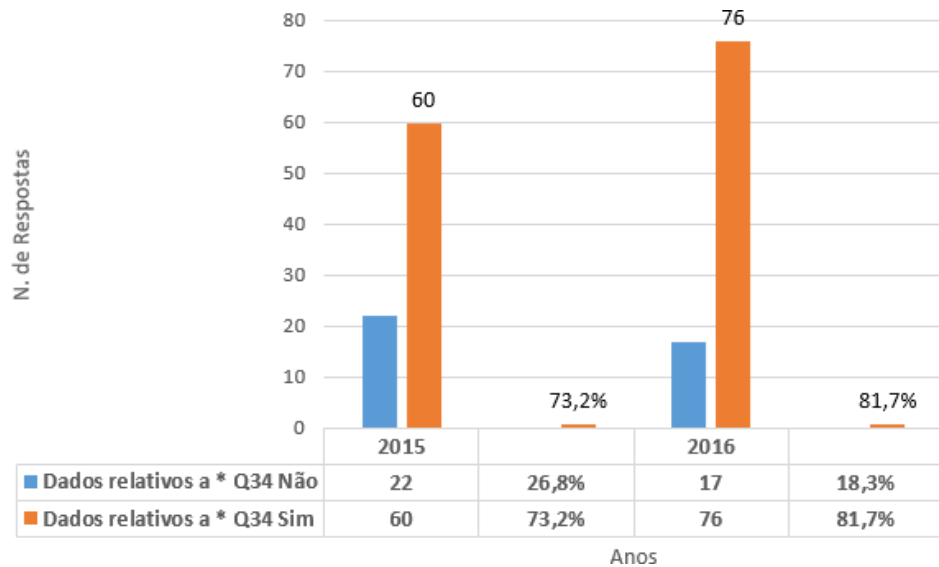


Tabela 6. Instituições que respondem a Q33

Dados relativos a		Q33 despacho15423			
		Não	Sim	Total	
2015	Tipo de entidade	ACES	35	7	42
		Centro Hospitalar	6	13	19
		Hospital	5	10	15
		ULS	2	3	5
	Total	48	33	81	
2016	Tipo de entidade	ACES	35	11	46
		Centro Hospitalar	8	13	21
		Hospital	6	13	19
		ULS	2	5	7
	Total	51	42	93	
2017	Tipo de entidade	ACES	26	17	43
		Centro Hospitalar	8	13	21
		Hospital	8	11	19
		ULS	2	5	7
	Total	44	46	90	
2018	Tipo de entidade	ACES	27	18	45
		Centro Hospitalar	9	12	21
		Hospital	6	12	18
		ULS	2	6	8
	Total	44	48	92	
2019	Tipo de entidade	ACES	23	15	38
		Centro Hospitalar	6	16	22
		Hospital	5	12	17
		ULS	2	5	7
	Total	36	48	84	

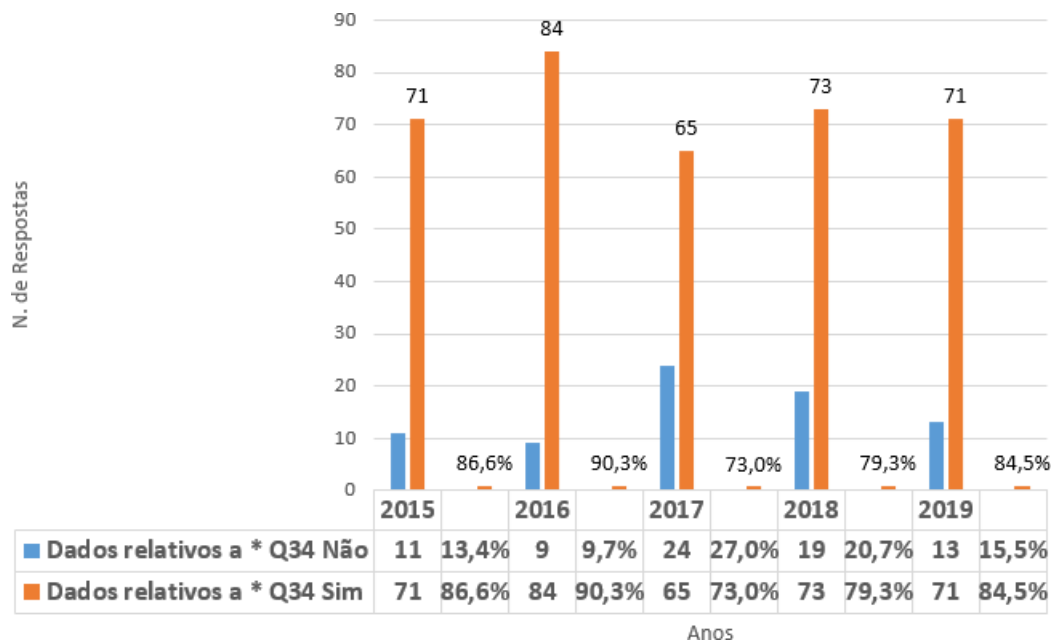
A questão 34 remete à problemática se “A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde”. Esta questão subdivide-se em duas. Primeiro, se a instituição concluiu e ultrapassou a fase 1 da Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção? (2015-2016), em que a resposta dominante é “sim”, nos anos de 2015/2016. As instituições concluíram a fase 1 da campanha precauções básicas do controlo de infeção aos níveis de 73,2% e 81,7% respetivamente.

Gráfico 17. Evolução anual da avaliação da conclusão da campanha entre 2015-2016 (Q34)



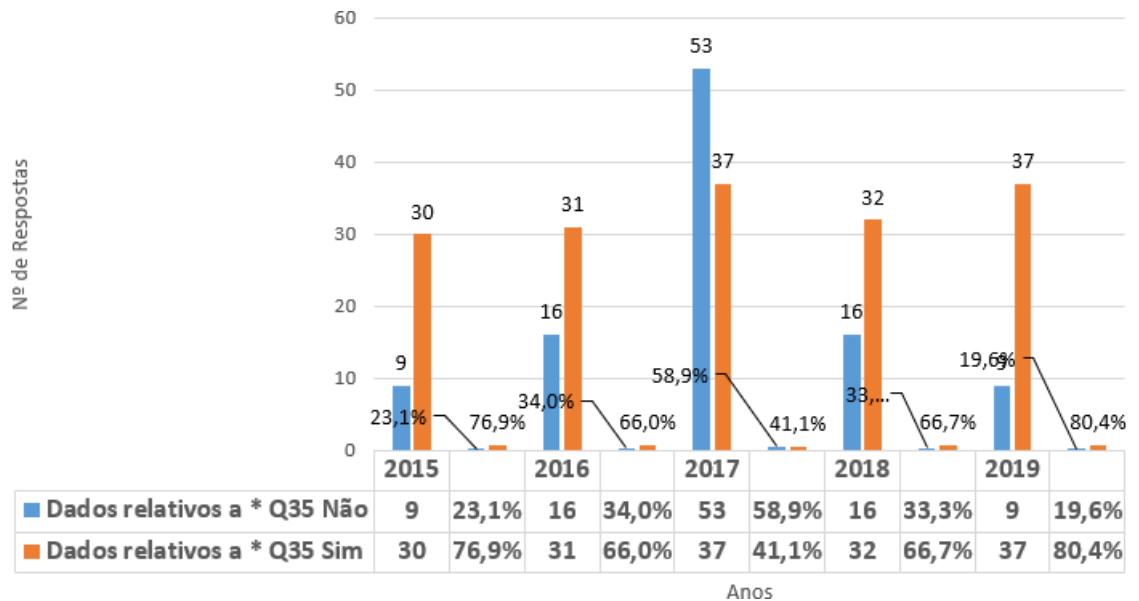
Em segundo lugar, avalia-se se a Instituição fornece evidência do consumo de antimicrobianos, com respostas “sim”. As instituições fornecem evidência sobre o consumo de antimicrobianos embora com variações. O valor mais elevado de reporte foi em 2016 (90,3%). No ano de 2019 situa-se nos 84,5%.

Gráfico 18. Evolução anual do fornecimento de evidência do consumo de antimicrobianos entre 2015-2019 (Q34)



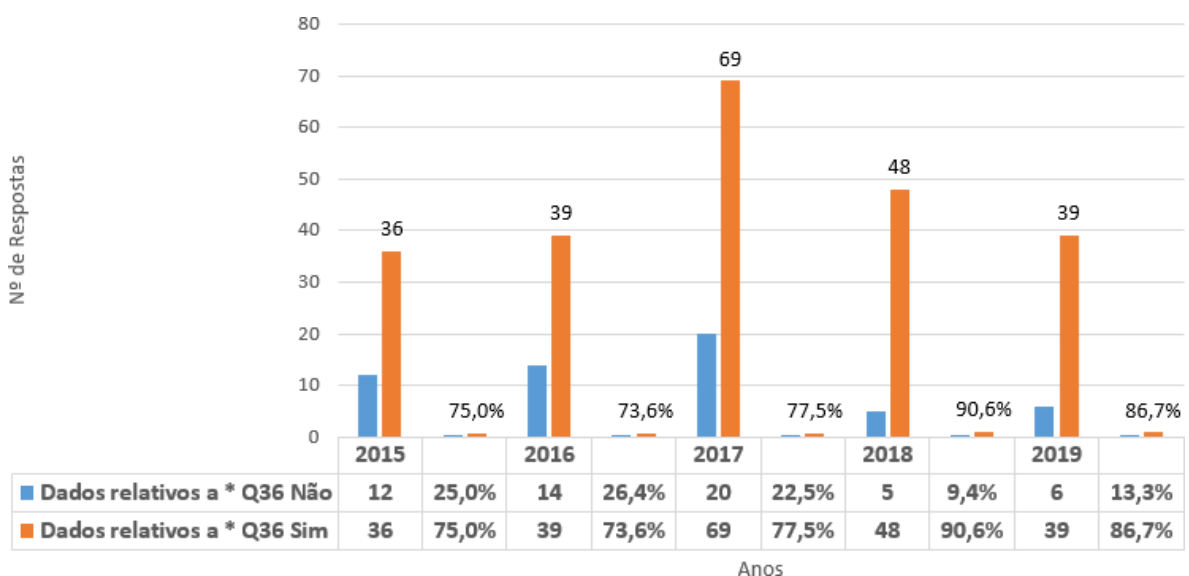
Na questão 35, “Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual?”, a resposta mais comum é “sim”, exceto em 2017, em que a maioria é “não”. Esta pergunta está de acordo com a meta mas não permite uma resposta direta, sendo que apenas será possível essa avaliação através da análise do anexo de evidência, não disponibilizado.

Gráfico 19. Evolução anual da diminuição do consumo de carbapenemes em comparação com o ano anterior entre 2015-2019 (Q35)



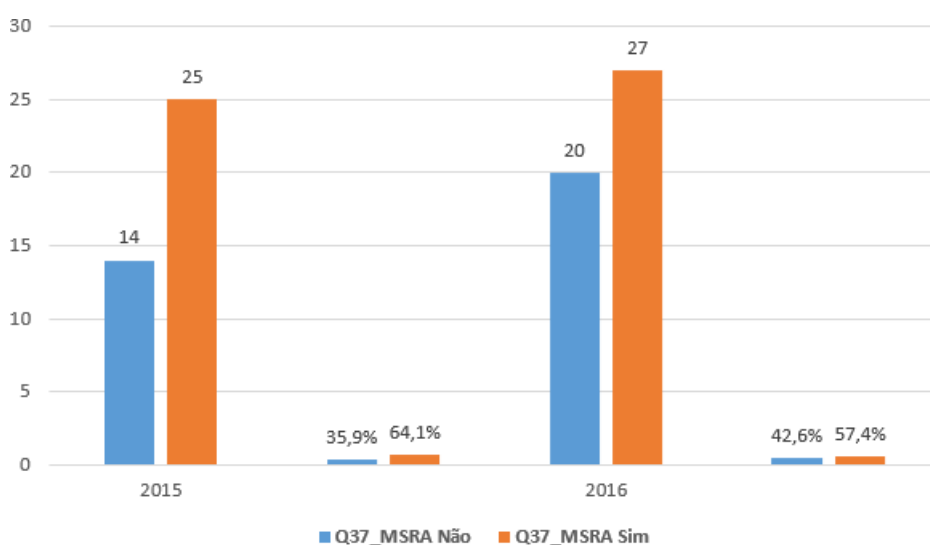
A questão 36 analisa se “Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual?”. A resposta prevalente é “sim”. Existe alguma variabilidade das respostas positivas com um máximo em 2017 (69; 77,5%) das instituições a reportarem diminuição do consumo de quinolonas, uma percentagem que desce novamente em anos subsequentes. Nesta questão os ACES respondem maioritariamente “não” quando comparado aos hospitais. Esta pergunta está de acordo com a meta mas não permite uma resposta direta, visto que apenas será possível essa avaliação através da análise do anexo de evidência, não disponibilizado.

Gráfico 20. Evolução anual da diminuição do consumo de carbapenemes em comparação com o ano anterior entre 2015-2019 (Q36)



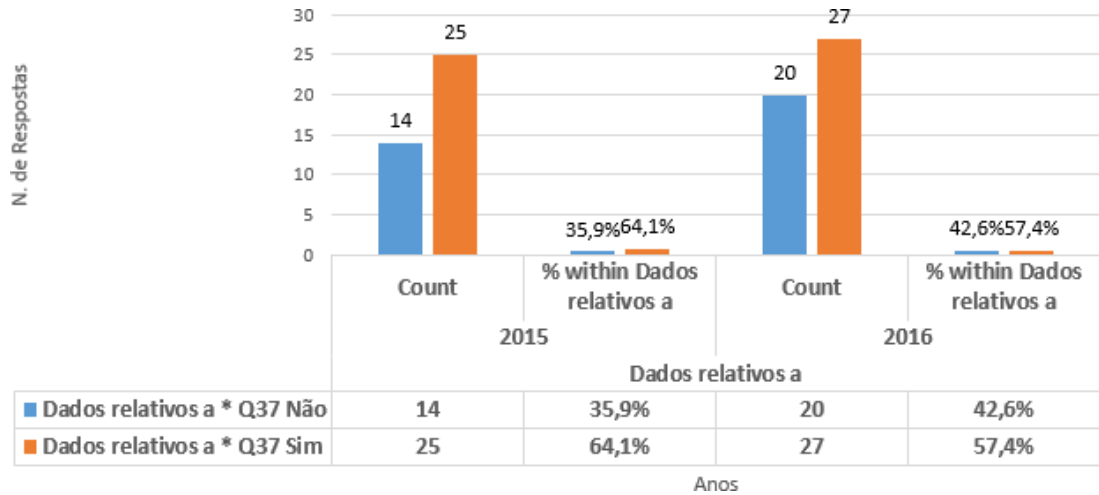
Referente à questão 37 (2015-2016), “A taxa de MRSA/Staphylococcus Aureus, considerando todas as amostras diminui de 2014 para 2015, na instituição?” a resposta dominante é “sim”, sendo que existe variabilidade na resposta, havendo a assinalar diferenças no número de instituições respondentes. No entanto, a evolução da relação (Sim/Não) é favorável em valores absolutos. Esta condição pode ser indicativa do cumprimento modesto meta nomeadamente tendo em conta os valores percentuais com aumento da respostas não . Assinala-se no entanto que a questão tal como colocada só se verificou em 2015/16, tendo sendo substituída por outra.

Gráfico 21. Evolução anual da diminuição da taxa de MRSA/Staphylococcus Aureus na instituição entre 2015-2016 (Q37)



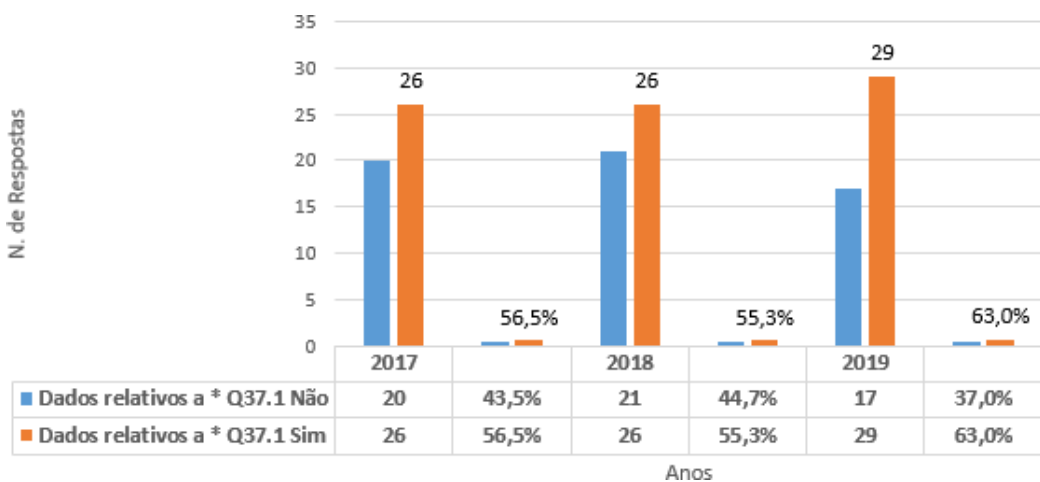
No que remete a questão 37.1, “A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos?” verifica-se maioritariamente a resposta “sim”, no entanto com uma relação Sim/Não desfavorável de 2015 para 2016. Esta questão vem procurar responder à meta alínea 1). Face à análise da evolução é desfavorável, indicativa que existe menor adesão aos Budles de PCI, o que levaria ao incumprimento da meta. Apesar disso, esta questão só será válida para os anos 2015 e 2016.

Gráfico 22. Evolução anual da adesão da instituição aos bundles de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos e procedimentos invasivos entre 2015-2016 (Q37)



Em relação à questão 37.1a), “*Identifica-se o feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico? a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes?*”. No primeiro tópico há predominância das respostas “sim”, existindo quer um aumento das instituições que identificam o feixe de intervenções para a prevenção da infeção no local cirúrgico, quer no número das instituições que o faz a 100%. A relação entre sim/não tem evolução favorável para 2019 (63,0% Sim).

Gráfico 23. Evolução anual de Bundle – Associado à prevenção da infeção do local cirúrgico entre 2017-2019 (Q37.1)



A variável categorizada permite verificar um aumento percentual dos serviços cirúrgicos aderentes de 2017 até 2019 em taxas de 100%.

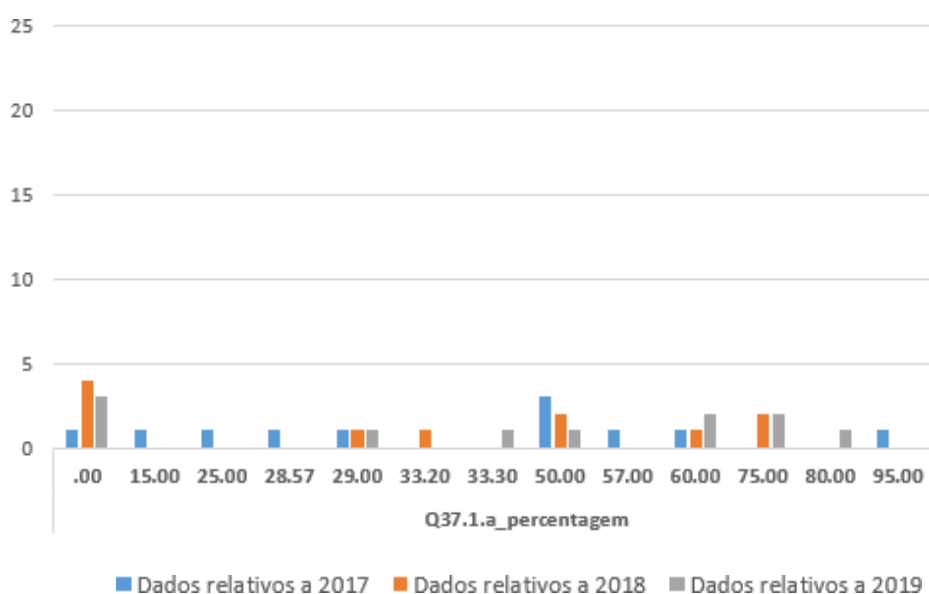
Tabela 7. Tabela de percentagens a Q37.1a)

	2017	2018	2019
.00	1	4	3
15.00	1	0	0
25.00	1	0	0
28.57	1	0	0
29.00	1	1	1
33.20	0	1	0
33.30	0	0	1
50.00	3	2	1
57.00	1	0	0
60.00	1	1	2
75.00	0	2	2
80.00	0	0	1
95.00	1	0	0
100.00	15	16	20

Tabela 8. Intervalos em Q37.1a)

%*	2017	2018	2019
Até 25%	2	4	3
Até 50%	3	2	2
Até 75%	5	3	3
Até 100%	1	2	3
100%	15	16	20

Gráfico 24. Respostas em percentagem a Q37.1a)



A questão 37.1 tem ainda um tópico b), “se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respectivos critérios desta bundle”, no entanto não temos informação disponibilizada sobre os blocos operatórios, de modo que não é possível responder a esta questão.

Quanto à questão 37.2, “Identifica-se o feixe de intervenções para a prevenção da infecção do trato urinário? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?”, a resposta mais comum é “não”, mas é notório o aumento das respostas “sim” nos últimos 3 anos, (48,2%), bem como uma melhoria na tipologia Hospital, ULS e Centros Hospitalares. Os ACES mantêm maioritariamente a resposta “não”.

Gráfico 25. Evolução anual da identificação do feixe de intervenções de prevenção da infecção do trato urinário entre 2017-2019 (Q37.2)

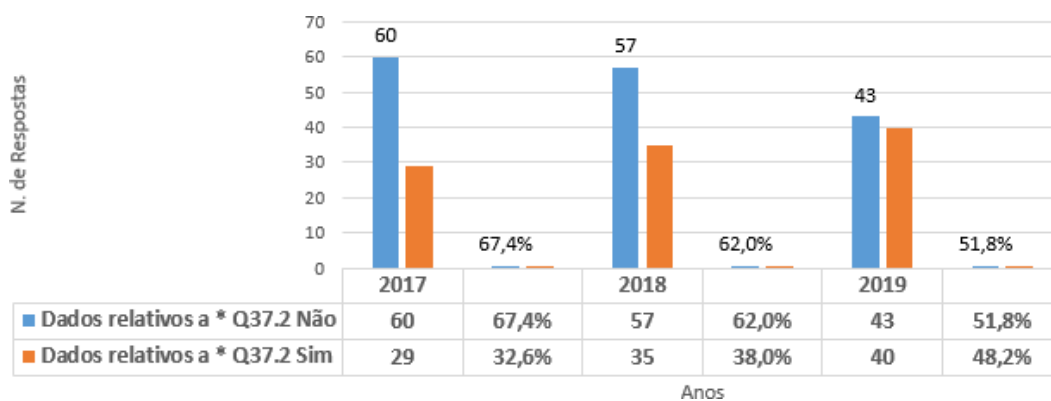


Tabela 9. Instituições que respondem a Q37.2

		Não	Sim	Total
2017	ACES	38	5	43
	Centro Hospitalar	10	10	20
	Hospital	11	8	19
	ULS	1	6	7
Total		60	29	89
2018	ACES	36	9	45
	Centro Hospitalar	8	13	21
	Hospital	9	9	18
	ULS	4	4	8
Total		57	35	92
2019	ACES	32	5	37
	Centro Hospitalar	3	19	22
	Hospital	5	12	17
	ULS	3	4	7
Total		43	40	83

Na categorização da variável a nível das intervenções para prevenção da infecção do trato urinário, verifica-se uma tendência decrescente para 2019. Apesar

disso, na taxa de 100% existe um aumento positivo significativo entre 2017 e 2019 em 10 (13/23) instituições ou seja 76,92% em relação às 13 entidades iniciais.

Gráfico 26. Resposta em percentagem a Q37.2

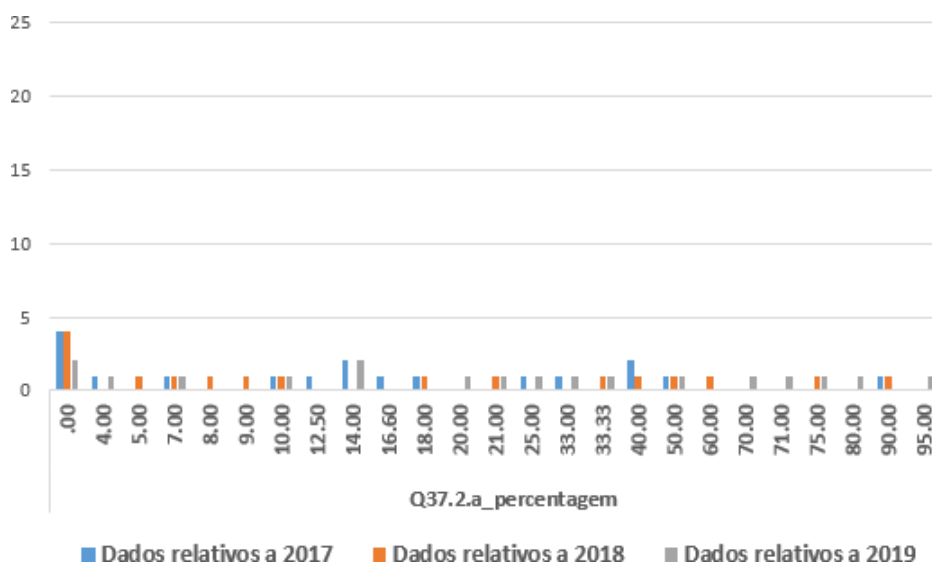


Tabela 10. Intervalos em Q37.2

%*	2017	2018	2019
Até 25%	12	11	9
Até 50%	4	2	3
Até 75%	1	2	3
Até 100%	1	2	3
100%	13	18	23

Na questão 37.3, “*Identifica-se o feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intravascular? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes*”. Sobressaem as respostas “não”, mas há um aumento das respostas “sim” progressiva, variando entre 27,0% e 35,7%. Verifica-se uma melhoria a nível dos hospitais, ULS, Centros Hospitalares. Os ACES mantiveram maioritariamente a resposta “não”.

Gráfico 27. Evolução anual da prevenção da infecção associada ao cateter intravascular entre 2017-2019 (Q37.3)

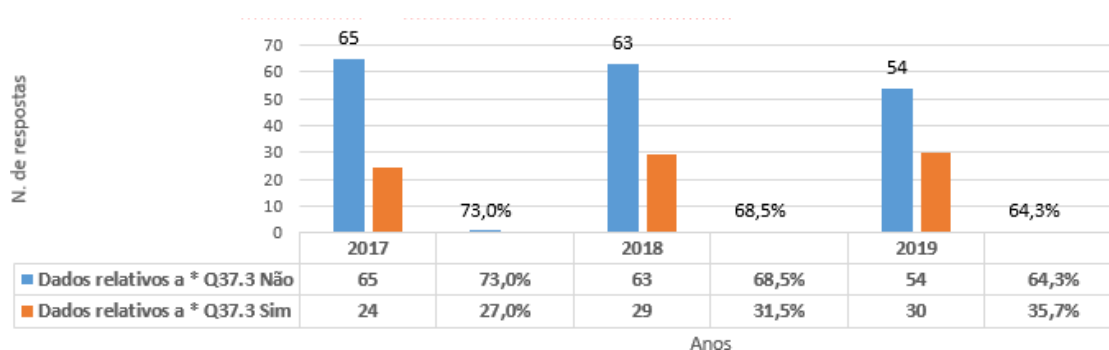


Tabela 11. Instituições que respondem a Q37.3

		Não	Sim	Total
2017	ACES	41	2	43
	Centro Hospitalar	10	10	20
	Hospital	13	6	19
	ULS	1	6	7
Total		65	24	89
2018	ACES	42	3	45
	Centro Hospitalar	8	13	21
	Hospital	10	8	18
	ULS	3	5	8
Total		63	29	92
2019	ACES	37	1	38
	Centro Hospitalar	6	16	22
	Hospital	9	8	17
	ULS	2	5	7
Total		54	30	84

Na categorização da variável a nível das intervenções para prevenção infeção associada ao cateter intravascular, verifica-se uma tendência crescente para 2019 no intervalo relativo à taxa de 100%. Neste grupo existe um aumento positivo significativo entre 2017 e 2019 em 8 (9/17) instituições, ou seja 88,9% em relação às 9 entidades iniciais.

Gráfico 28. Resposta em percentagem a Q37.3

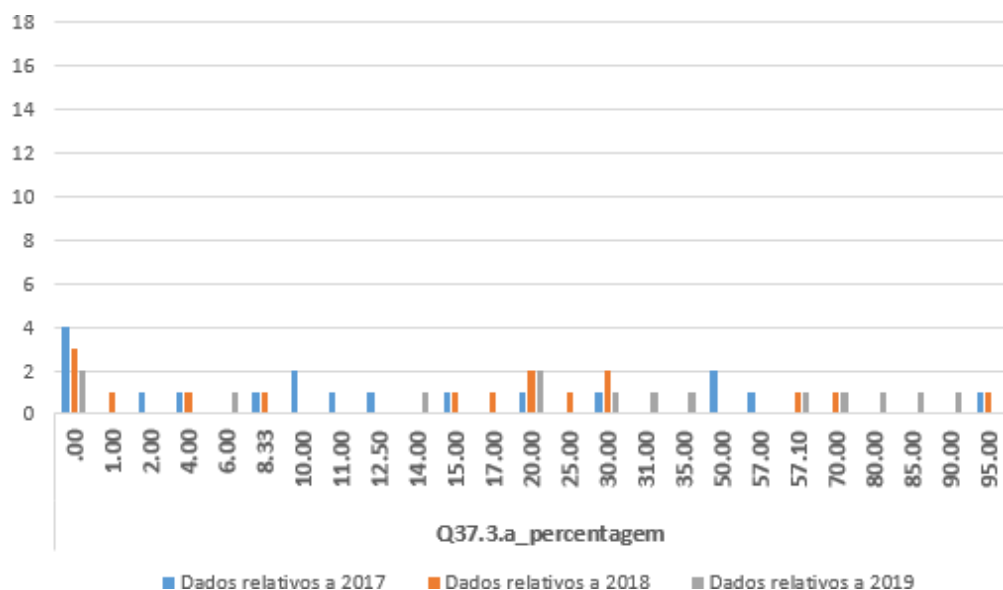


Tabela 12. Intervalos em Q37.3

%*	2017	2018	2019
Até 25%	13	10	6
Até 50%	1	3	3
Até 75%	3	2	2
Até 100%	1	1	3
100%	9	13	17

No respeitante à questão 37.4, “*Identifica-se o feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle deva ser aplicada*”, a resposta prevalente é “sim”. Nesta questão é visível uma relação Sim/Não progressivamente a melhorar desde 2017 a 2019 com um aumento dos “sim” (63,0%) e a conseqüente redução dos “não” (37%). Pela variável categorizada verifica-se que existe melhoria no intervalo a “100%”, que pode ser justificado pela percentagem de instituições que terão subido de intervalo. A melhoria no intervalo 100% é de 57,14% relativamente às 14 instituições em 2017.

Gráfico 29. Evolução anual da prevenção da Pneumonia associada à intubação entre 2017-2019 (Q37.4)

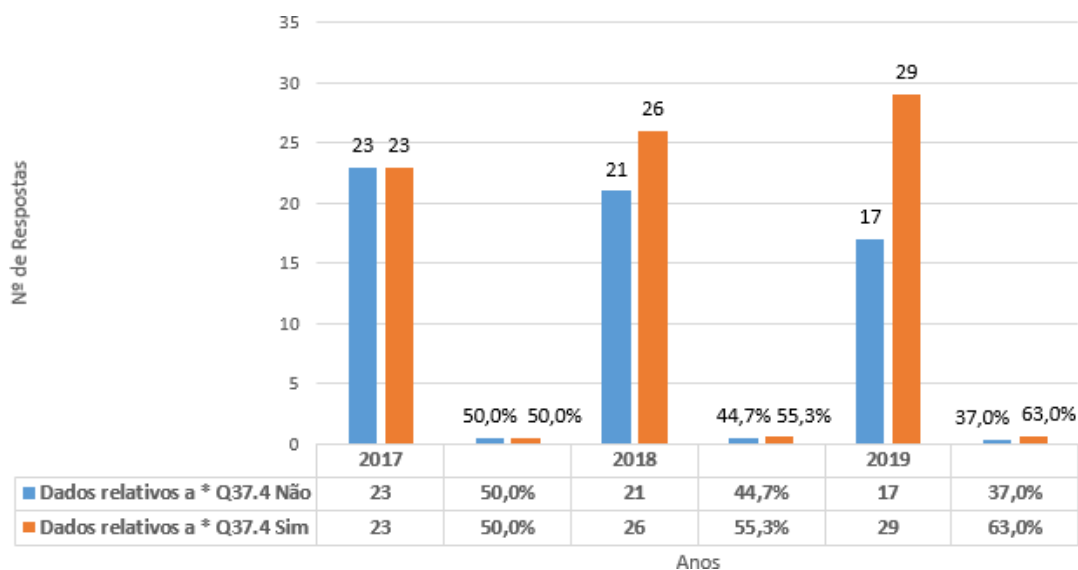


Gráfico 30. Resposta em percentagem a Q37.4

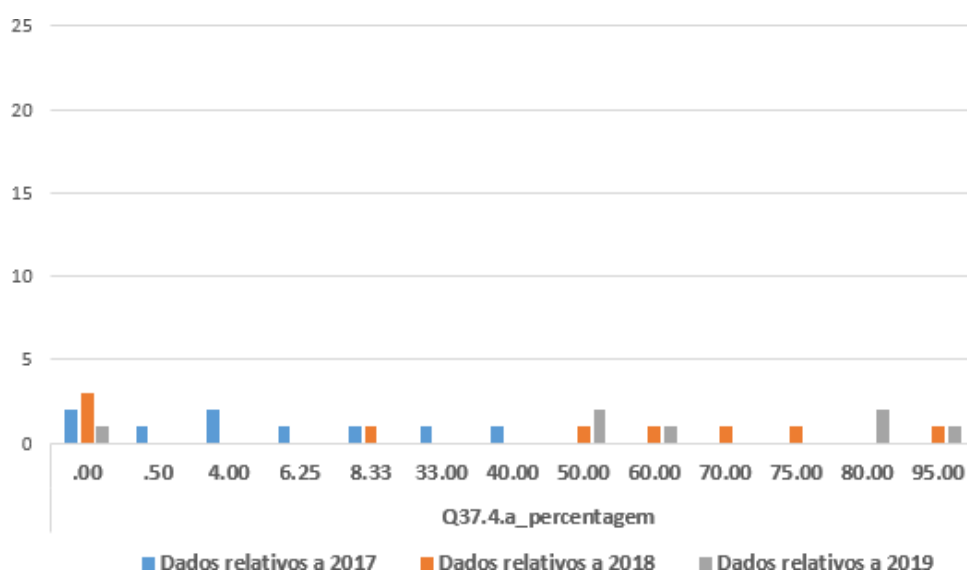


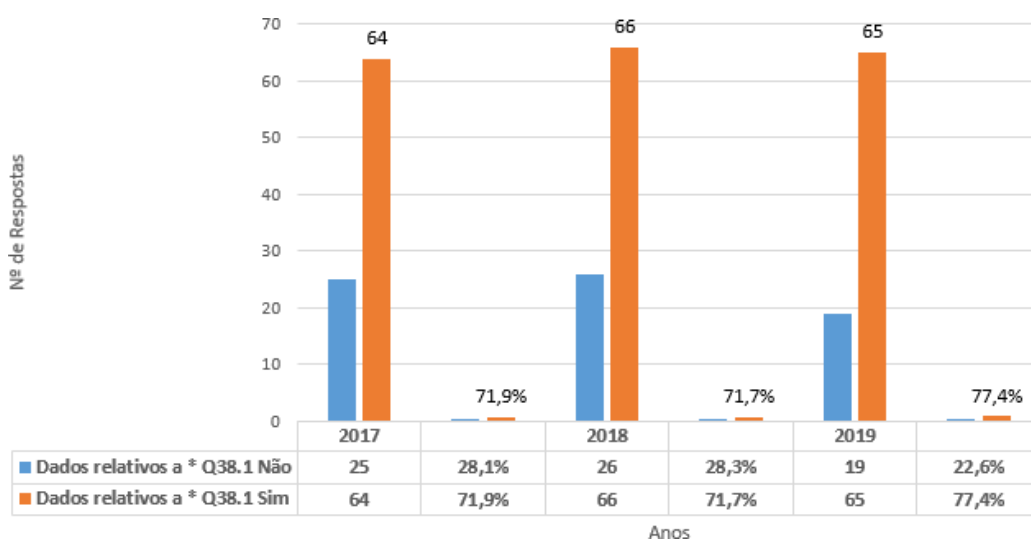
Tabela 13. Intervalos em Q37.4

%*	2017	2018	2019
Até 25%	7	4	1
Até 50%	2	0	0
Até 75%	0	3	3
Até 100%	0	2	3
100%	14	17	22

No contínuo do questionário surge a questão 38, “A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção PBCI”, que é meramente introdutória às questões seguintes, pelo qual não tem expressão nem significado na recolha de dados.

Na questão 38.1, definida por “Verifica-se módulo da Auditoria às PBCI (Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção) - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?”, denota-se como resposta mais habitual “sim”, e com poucas alterações. A relação Sim/Não evolui favoravelmente de 2017 para 2019 relativamente às auditorias PBCI, variando entre 71,1% a 77,4% em 2019.

Gráfico 31. Evolução anual das auditorias das PBCI entre 2017-2019 (Q38.1)



Na categorização da variável verifica-se que a nível das auditorias das PBCI, as percentagens se mantiveram muito semelhantes no decorrer de 2017-2019. De assinalar uma melhoria no intervalo de 100% entre 2017 e 2019, com um incremento 11 ou seja 34,37% das instituições que reportam esse valor.

Gráfico 32. Resposta em percentagem a Q38.1

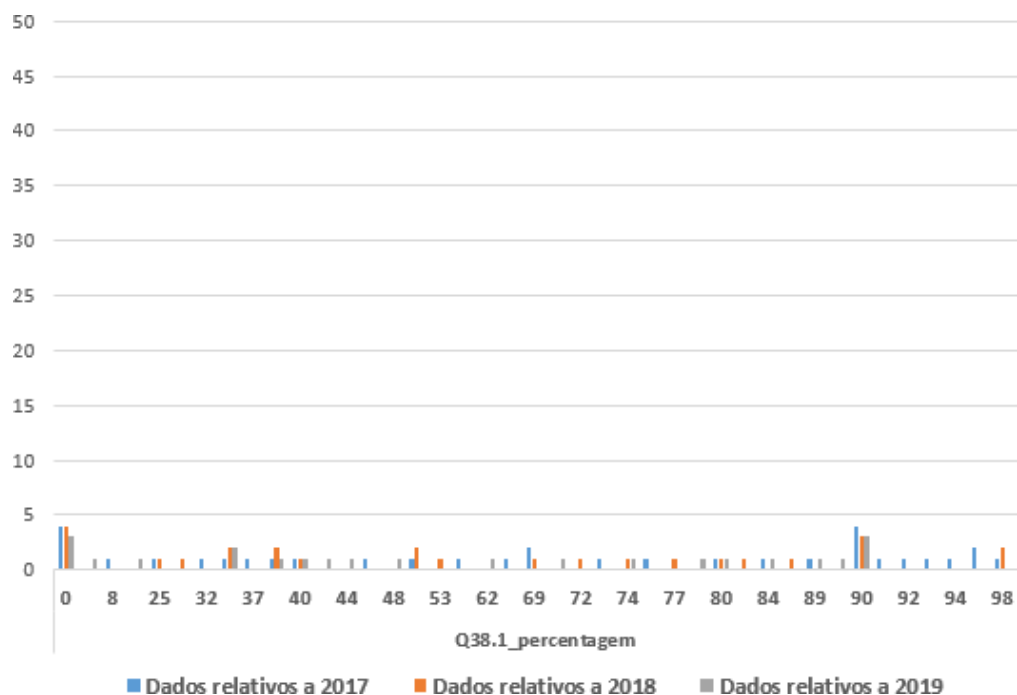


Tabela 14. Intervalos em Q38.1

%*	2017	2018	2019
Até 25%	5	4	5
Até 50%	7	7	7
Até 75%	6	6	3
Até 100%	15	9	8
100%	32	41	43

No que diz respeito à questão 38.2: “*Existe módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento*” a resposta é maioritariamente “sim”, e há uma melhoria dos parâmetros e aumento das respostas “sim”, sendo a relação Sim/Não favorável para 2019, variando entre 71,7 e 82,1%. Salienta-se que a maior parte das respostas “não” vem dos ACES.

Gráfico 33. Evolução anual da monitorização da adesão dos profissionais à higienização das mãos entre 2017-2019 (Q38.2)

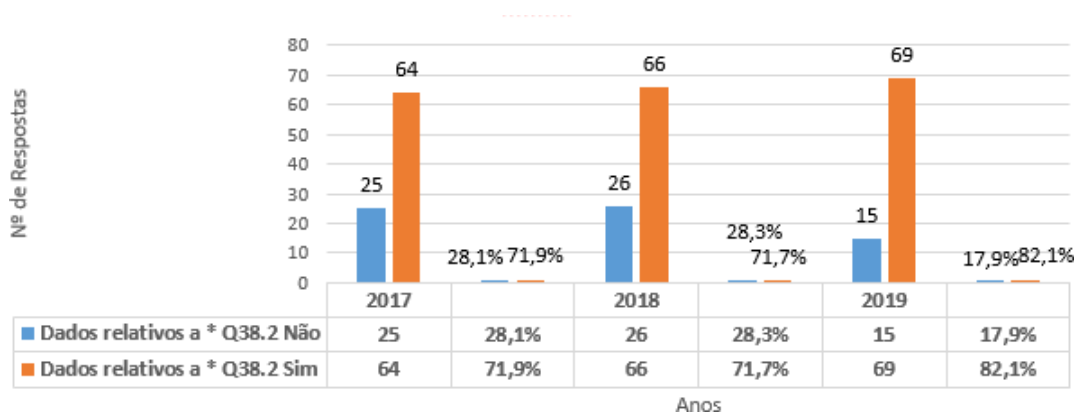


Tabela 15. Instituições que respondem a Q38.2

		Não	Sim	Total
2017	ACES	22	21	43
	Centro Hospitalar	1	19	20
	Hospital	1	18	19
	ULS	1	6	7
Total		25	64	89
2018	ACES	23	24	45
	Centro Hospitalar	3	18	21
	Hospital	1	17	18
	ULS	1	7	8
Total		26	66	92
2019	ACES	11	27	38
	Centro Hospitalar	1	21	22
	Hospital	2	15	17
	ULS	1	6	7
Total		15	69	84

Na variável categorizada verifica-se um aumento percentual ao longo dos anos em quase todos os intervalos (exceto no de 26 a 75%). Salienta-se o aumento significativo de entidades que reportam 100%, cujo incremento percentual é (8) de 27,6% relativo às 29 iniciais.

Gráfico 34. Resposta em percentagem a Q38.2

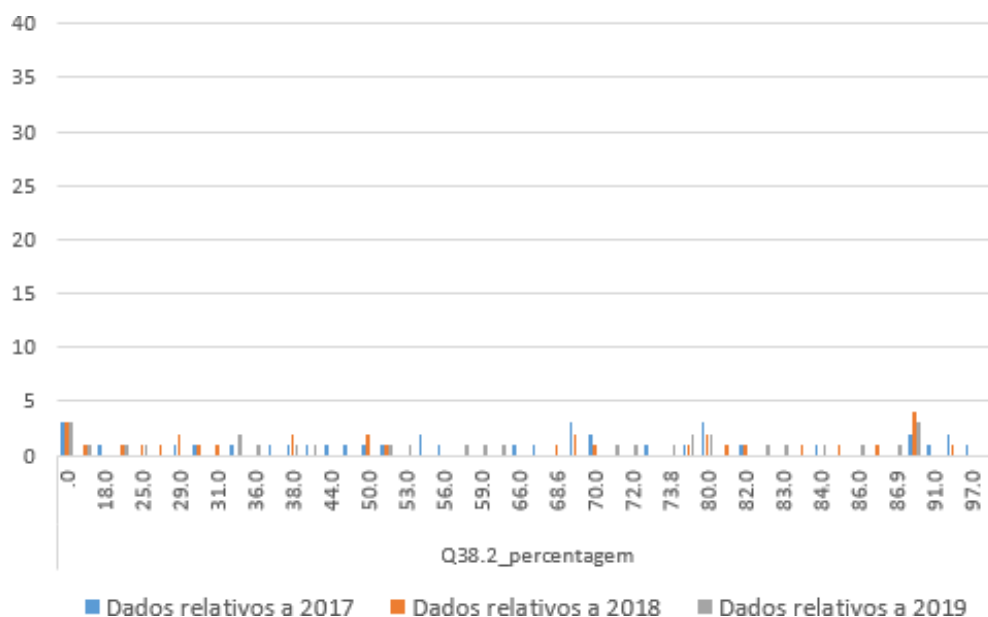


Tabela 16. Intervalos em Q38.2

%	2017	2018	2019
Até 25%	4	5	5
Até 50%	12	11	8
Até 75%	9	4	6
Até 100%	12	13	13
100%	29	35	37

Relativamente à questão 38.3, “*Verifica-se módulo de monitorização do uso de luvas? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes*”, as respostas recaem sobre o “sim”, havendo um aumento progressivo e das respostas “sim” variando entre (52,8% e 67,9%) . De salientar que a maior parte das respostas “não” é reportada pelos ACES. Pela categorização da variável verifica-se o aumento significativo das instituições que reportam 100%. Este incremento é de 12 entidades ou seja 66,7%.

Gráfico 35. Evolução anual da monitorização do uso de luvas entre 2017-2019 (Q38.3)

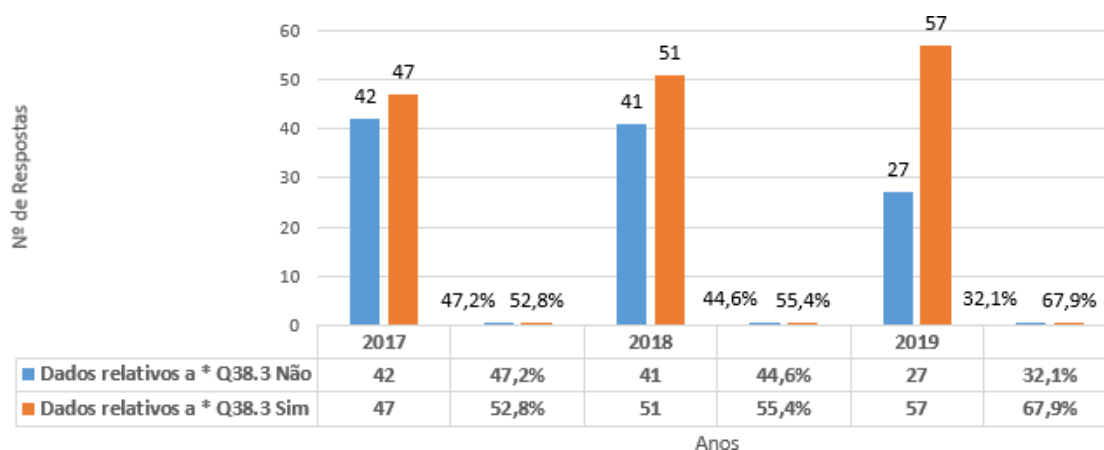


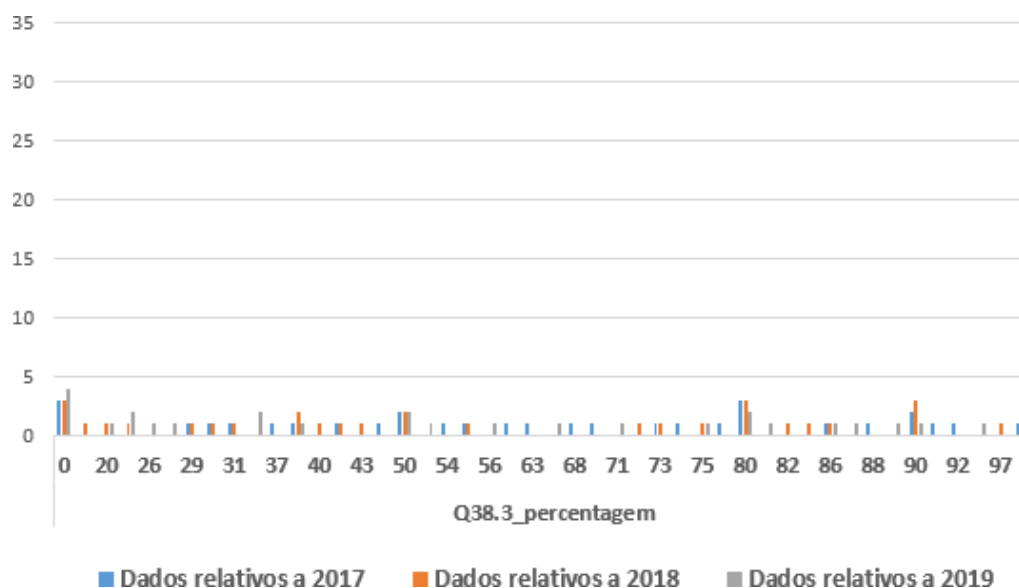
Tabela 17. Intervalos em Q38.3

%*	2017	2018	2019
Até 25%	3	5	5
Até 50%	7	9	7
Até 75%	10	5	6
Até 100%	11	11	9
100%	18	23	30

Tabela 18. Instituições que respondem a Q38.3

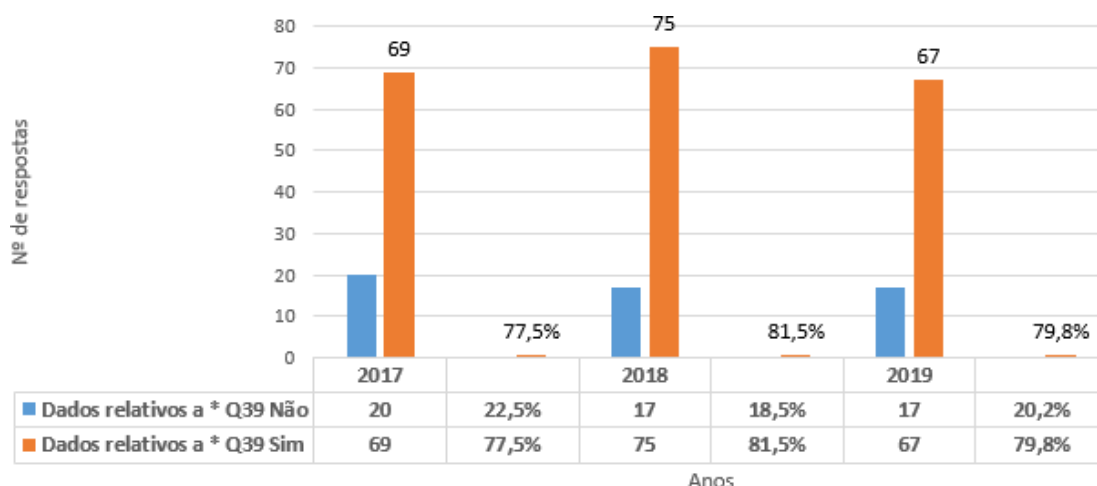
		Não	Sim	Total
2017	ACES	26	17	43
	Centro Hospitalar	4	16	20
	Hospital	9	10	19
	ULS	3	4	7
Total		42	47	89
2018	ACES	28	17	45
	Centro Hospitalar	3	18	21
	Hospital	8	10	18
	ULS	2	6	8
Total		41	51	92
2019	ACES	16	23	38
	Centro Hospitalar	2	20	22
	Hospital	2	8	17
	ULS	1	6	7
Total		27	57	84

Gráfico 36. Resposta em percentagem a Q38.3



No que se refere à questão 39, “A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?”, as respostas são maioritariamente “sim”, relativamente à elaboração do plano. Na evolução salienta-se uma melhoria na relação Sim/Não de 2017 para 2018, e uma ligeira descida para 2019, nesta relação. Os valores mais elevados são de 81,5% em 2018.

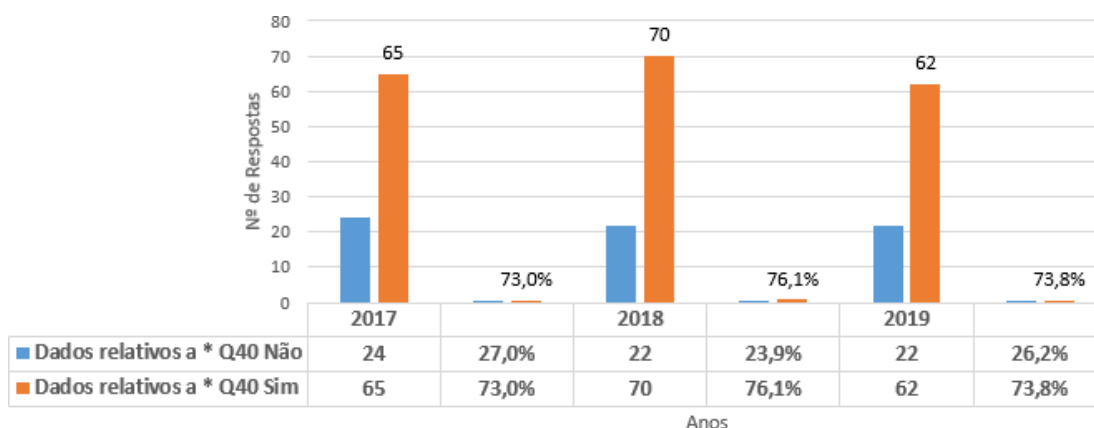
Gráfico 37. Evolução anual da elaboração de um plano de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e prescrição de antimicrobianos entre 2017-2019 (Q39)



Quanto à questão 40, “A instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?”, a

resposta predominante é “sim” quanto à elaboração do relatório. De registar uma melhoria na relação Sim/Não de 2017 para 2018, e uma ligeira descida para 2019 nesta relação. Os valores mais elevados são assim de 76,1% % (sim) em 2018.

Gráfico 38. Evolução anual da elaboração de um relatório de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e da prescrição de antimicrobianos entre 2017-2019 (Q40)



Na questão 41: “A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação? – indique os FTE do GCL-PPCIRA, por grupo profissional (Coordenador, Médicos e Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA)”, destacam-se as respostas “não”. Quando comparadas as tipologias, verifica-se que são os ACES as entidades que mais respondem “não” a esta questão. Conforme se pode verificar foram desenvolvidos programas de formação para os profissionais envolvidos de acordo com o despacho, nomeadamente coordenadores médicos e enfermeiros. O grupo profissional que tem mais horas de formação são os enfermeiros em função do número de pessoal envolvido. O número de instituições respondentes desceu em 2019, mas verifica-se um maior investimento em número de horas de formação. Aliás, este número é crescente em todos os grupos profissionais desde 2017.

Gráfico 39. Evolução anual referente à reunião dos critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos entre 2017-2019 (Q41)

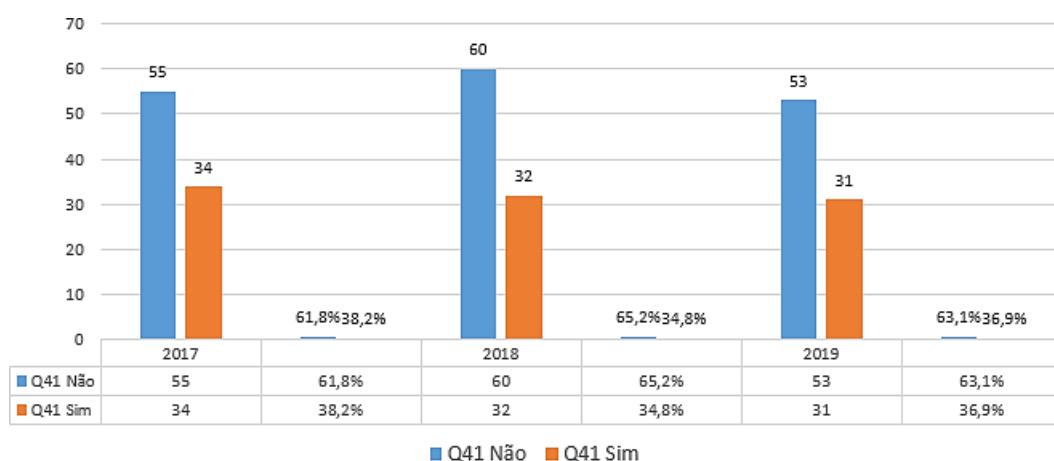


Tabela 19. Instituições que respondem a Q41

		Não	Sim	Total
2017	ACES	34	9	43
	Centro Hospitalar	8	12	20
	Hospital	8	11	29
	ULS	5	2	7
Total		55	34	89
2018	ACES	38	7	45
	Centro Hospitalar	10	11	21
	Hospital	7	11	18
	ULS	5	3	8
Total		60	32	92
2019	ACES	35	3	38
	Centro Hospitalar	11	11	22
	Hospital	5	12	17
	ULS	2	5	7
Total		53	31	84

Quadro 2. Horas de formação por grupo profissional

Q41- Horas de formação semanal (FTE) – Coordenador; Médicos; Enfermeiros				
Dados relativos a Horas Formação		Coordenador	Médicos	Enf_Núcleo_Executivo_GCL-PPCIRA
<b>Ano</b>	Instituições (N)	33	34	32
<b>2017</b>	Média	11,6148	16,8756	38,2631
	Mediana	4,0000	7,5000	25,0000
	Mínimo	,25	,00	,00
	Máximo	40,00	109,00	156,00
	Total Horas	383,29	573,77	1224,42
	Instituições (N)	34	32	33
<b>2018</b>	Média	14,1900	21,2908	51,6521
	Mediana	11,0000	12,0000	40,0000
	Mínimo	,00	,00	1,00
	Máximo	40,00	109,00	160,00
	Total Horas	482,46	681,31	1704,52
	Instituições (N)	30	30	31
<b>2019</b>	Média	20,1000	31,3000	60,9290
	Mediana	20,0000	28,0000	60,0000
	Mínimo	1,00	1,00	7,00
	Máximo	55,00	93,00	140,00
	Total Horas	603,00	939,00	1888,80

Finalmente, a questão 42, definida por “A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?”, tem como resposta maioritária o “sim”. A relação “sim/não” tem uma evolução favorável em 2019. Quando comparadas as tipologias, verifica-se que os ACES maioritariamente respondem “não” a esta questão.

Gráfico 40. Evolução da delineação de um programa interno de formação referente às temáticas de prevenção e controlo de IACS e resistências aos antimicrobianos entre 2017-2019 (Q41)

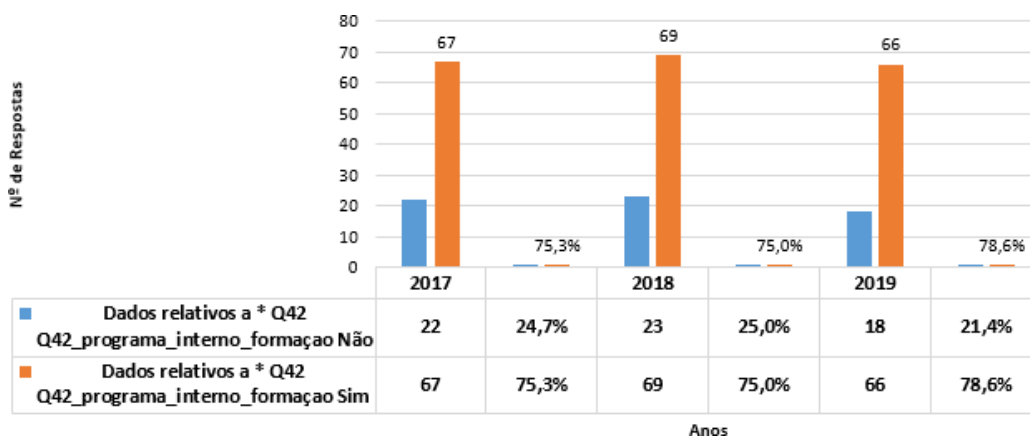


Tabela 20. Instituições que respondem a Q42

		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Total</b>
2017	ACES	18	25	43
	Centro Hospitalar	1	19	20
	Hospital	3	16	19
	ULS	0	7	7
Total		22	67	89
2018	ACES	18	27	45
	Centro Hospitalar	2	19	21
	Hospital	3	15	18
	ULS	0	8	8
Total		23	69	92
2019	ACES	16	22	38
	Centro Hospitalar	1	21	22
	Hospital	1	16	17
	ULS	0	7	7
Total		18	66	84

É possível identificar que as questões apresentadas não permitem de forma direta validar a Meta 2 nem a Meta 4, apenas as tendências e curva das boas práticas.

## 2. Discussão

Os Programas de Controlo de Infeção (PCI) estabelecem orientações baseadas em evidência científica que, posteriormente, são aplicadas a nível nacional e internacional. Das orientações que surgem dos PCI destacam-se a educação e formação dos profissionais, a adaptação de estratégias multimodais de implementação universal, finalmente, a exploração da eficácia dessas estratégias. Segundo os autores nos quais se baseou a pesquisa bibliográfica os PCI centram-se, efetivamente, em estratégias e cuidados promotores da prevenção e controlo de infeção, lado a lado com o combate da evolução bacteriana e vigilância do aumento da sua resistência a antimicrobianos.

Tendo em consideração a temática em estudo e os resultados obtidos, compreende-se o foco em três grandes dimensões, nomeadamente “vigilância epidemiológica”, “controlo da administração de antimicrobianos” e, por último”, “feixes de intervenções”. Através da divisão nestes três grupos, é possível englobar as boas práticas recomendadas pelos diversos autores apresentados durante o enquadramento teórico, bem como uma análise das mesmas.

No primeiro grupo, “vigilância epidemiológica”, incluem-se como estratégias: a criação de programas de controlo de infeção; orientações estruturadas em evidências científicas; educação e formação direcionada; vigilância e monitorização de estripes, monitorização das boas práticas e feedback/auditorias (El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid & Elmanakhly, 2020 e Johnson et al., 2016).

No grupo do “controlo da administração de antimicrobianos” abordam-se como estratégias: a criação e aplicação de programas de controlo de antimicrobianos, orientações estruturadas em evidências científicas; educação e formação direcionada e monitorização e feedback/auditorias (Hoye, Braend & Spehar, 2020; Greene, Newbitt & Nelson, 2020; Johnson et al., 2016; Ma et al., 2016; Ashiru-Oredope et al., 2016; e Plachouras & Hopkins, 2017).

Por último, a terceira dimensão, “feixe de intervenções”, englobam-se estratégias multimodais, a avaliação de carga de trabalho, staff e ocupação de camas, educação e formação direcionada, análise do ambiente, materiais e equipamento, e, finalmente, monitorização e feedback/auditorias (Greene, Newbitt & Nelson, 2020; Johnson et al., 2016; Wang, Zhang, Liang & Bloom, 2016; e Ashiru-Oredope et al., 2016).

Todos os aspetos e estratégias mencionados estão sob análise no PNSD 2015-2020, verificando-se em simultâneo um investimento a nível nacional, para melhoria das monitorizações e avaliações realizadas pela DGS no âmbito do objetivo N.º 9 do PNSD supracitado. Quando confrontado com outros documentos internacionais, nomeadamente os artigos da “International Nosocomial infection control Consortium (INICC) report data summary of 45 countries for 2012-2017” é possível verificar uma semelhança nas orientações explanadas, nos questionários e instrumentos de recolha de dados, e que em ambos os cenários é reforçada a utilização deste tipo de instrumento de análise.

Tendo por base as três dimensões previamente mencionadas é possível realizar uma apreciação da temática em torno da qual se centra este documento. Relativamente à **vigilância epidemiológica** verifica-se um foco de atenção no início do questionário, compreendendo que é uma dimensão com necessidade de uma avaliação periódica, através de estudos de prevalência que contabilizam o total de infeções nos doentes internados em determinado período de tempo. Simultaneamente, deve procurar-se revelar as taxas de infeção num determinado momento através de estudos de incidência que avaliam de forma contínua e sistemática as taxas de infeção de modo fiável, tal como se afere na *International Nosocomial infection control Consortium (INICC) report data summary of 45 countries for 2012-2017*, o que vai ao encontro de um segundo aspeto importante presente no artigo de El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid, e Elmanakhly (2020), que defende a transmissão da informação obtida em fontes nacionais e internacionais, assumir responsáveis e a implementação de medidas de infeção restritas globalmente.

No novo documento de Plano de Segurança do Paciente Global 2021-2030 da OMS salienta-se, uma vez mais, a importância da vigilância epidemiológica, e a defesa da transmissão internacional da temática, realizando, inclusive, uma cimeira bianual de discussão dos seus resultados. Tal como a OMS, Johnson et al (2016) explanam, no seu artigo, a importância de uma análise detalhada da administração de antimicrobianos, lado a lado com um relatório nacional que defenda e no qual se compare com práticas internacionais.

No que se refere a relatórios internacionais, no “*Annual Epidemiological Report for 2019*”, do *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net)* (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020<sup>1</sup>) constata-se que Portugal tem um longo percurso a percorrer, embora já se encontre num bom caminho. Por sua vez, o

relatório europeu apresenta dados relativos a trinta países da união europeia (UE), sendo que vinte e nove países libertam dados para todas as oito espécies bacterianas sob vigilância pela EARS-Net (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, espécies de *Acinetobacter*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium*), enquanto um país libertou dados para todas as espécies bacterianas, exceto *S. pneumoniae*

Os dados da EARS-Net para 2019 permitem perceber a importância da vigilância epidemiológica, tal como defendida pelos autores supracitados, e mostram, por exemplo, grandes variações na resistência antimicrobiana (AMR) na UE, dependendo da bactéria e região geográfica em questão, verificando-se que a bactéria mais comumente relatada foi *E. coli* (44,2%), bem como a necessidade e importância de manter uma vigilância contínua destes mesmos dados. Esta informação complementa-se com o defendido por El-Kholy, Girgis, Shetta, Abdel-Hamid & Elmanakhly (2020), adicionando ainda a importância das próprias instituições adotarem e implementarem medidas de controlo de infeção de forma responsável. É, ainda, possível encontrar os restantes dados referentes ao relatório de 2019 num quadro síntese abaixo.

Relativamente à dimensão do **controlo da administração de antimicrobianos**, esta é uma temática acerca da qual se encontra muita literatura e à qual se atribui grande enfoque, uma vez que, tal como a história se perpetuou, o desenvolvimento de antimicrobianos e a capacidade de adaptação bacteriana estão interligados e se constroem lado a lado, numa história de evolução contínua por ambas as partes. No âmbito desta dimensão, e de acordo com os dados disponibilizados pelo EARS-Net, em Portugal a percentagem de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) tem vindo a diminuir desde 2011 (54,6%), atribuindo-se diversas razões a esta descida, destacando-se a implementação e alargamento do PPCIRA a todas as unidades de saúde, a implementação da norma do MRSA, e a implementação do PAPA com a redução de prescrição de quinolonas/carbapenemos (DGS, 2018). Informação semelhante pode ser encontrada em vários dos artigos explorados previamente, evidenciando-se o artigo de Ma et al. (2016), que apresenta claramente uma diminuição na taxa de infeção hospitalar associada à redução de prescrição e administração de antimicrobianos.

Ao longo da realização da pesquisa surge o termo “*antimicrobial stewardship*”, enaltecido por promover a redução de resistência antimicrobiana e,

consequentemente, melhorar os cuidados prestados, diminuindo os custos de saúde associados a internamentos e/ou reinternamentos motivados por IACS, como é possível verificar através da análise de dados obtidos no questionário referente ao PNSD 2015-2020, onde se percebia uma diminuição na taxa de IACS e consequente diminuição de internamentos (Greene, Newbitt, Nelson, 2020; DGS, 2018).

Como esclarecido previamente, o PNSD defende a diminuição da prescrição de antibioterapia a fim de prevenir a resistência antimicrobiana (DGS, 2019), no entanto, é importante compreender que, embora uma redução na prescrição de antibioterapia permita reduzir a taxa de resistência a antibióticos, esta medida não é ainda solução final, pois, tal como defendido por Plachouras & Hopkins (2017), vão continuar a surgir novos organismos e desenvolver-se novas resistências. Não obstante, esta será uma prática que se deverá procurar adotar e manter (Plachouras & Hopkins, 2017; Ma et al., 2016, Johnson et al., 2016).

Os dados referentes a 2019 estão explanados no quadro-síntese à frente.

Relativamente ao **feixe de intervenções** é frequente aparecer descrito em estratégias multimodais, podendo diferir entre as diversas instituições, sendo que na realidade portuguesa surgem muitas vezes da adaptação de normas da DGS e, por sua vez, do descrito no PNSD. A monitorização das intervenções tem por base um instrumento com diferentes questões, motivo pelo qual é provável haver instituições que não respondem diretamente às mesmas, mas que têm bundles ou um feixe de intervenções próprios, estruturados nesse âmbito, procurando a prevenção de infeção, por exemplo da infeção no local cirúrgico (DGS, 2018). Para além desta situação, percebe-se a impossibilidade de adaptação de determinadas estratégias devido ao expectável de uma instituição versus a capacidade que a instituição tem de fazer cumprir essa estratégia/intervenção, nomeadamente os rácios disponíveis (Greene, Newbitt & Nelson, 2020). Esta problemática não se cinge apenas à realidade portuguesa, como é verificável no artigo apresentado por Wang, Zhang, Liang & Bloom (2016), onde se conclui que, por vezes a eficácia das medidas está interligada com a capacidade que a instituição tem para implementar normas.

Atualmente, e com base no avanço tecnológico da época, uma das sugestões mencionada múltiplas vezes para colmatar falhas e complementar o feixe de intervenções é a adoção de medidas tecnológicas informáticas, visto que se apresenta como um meio barato e eficaz para propagação de informação (Johnson et al., 2016), tal como para difusão de conhecimento e budlens internos pelas instituições; A

auditoria de questionários internos de desempenho das instituições; a aplicação, tratamento e análise de informação recolhida no questionário dirigido ao PNSD é um exemplo da aplicação de novas estratégias tecnológicas para vigilância epidemiológica.

Face ao volume de informação apresenta-se um quadro síntese dos dados obtidos no período entre 2015-2019 (e 2015-2016 nas questões assinaladas com \*\*).

**Quadro 9. Síntese de dados extraídos**

Questões	Meta	Resultado/observações
<b>Q30</b> Vigilância epidemiológica IACS (programas nacionais e internacionais)	Vigilância das infeções 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “sim” c/ valores entre os 75 e os 80%. Evolução favorável até 2018 na monitorização das IACS. Ligeira descida em 2019. Esta questão pode contribuir para se perceber se a instituição atingiu a meta alínea 1). No entanto, tal não pode ser inferido uma vez que a mesma se centra da avaliação de uma Boa Prática e não avaliação da Taxa de Infeção Hospitalar
<b>Q30a</b> Programa de VE das infeções do local cirúrgico (rede europeia) – HAI-Net-SSI	1) atingir uma taxa de prevalência hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “sim” c/ valores entre os 52 e os 61%. Pergunta centra-se na avaliação da Boa Prática
<b>Q30b</b> VE das quatro infeções mais relevantes em UCI de adultos (rede europeia) – HAI-Net-ICU	1) atingir uma taxa de prevalência hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “sim” c/ valores entre os 53 e os 58%. Pergunta centra-se na avaliação da Boa Prática
<b>Q30c</b> VE das quatro infeções mais relevantes em UCI de neonatologia (rede nacional) – HAI-UCIN	1) atingir uma taxa de prevalência hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “não” faz esta vigilância. As respostas positivas variam entre 32,6% (2019) e 37% (2017). Esta situação implica um maior investimento neste programa de vigilância. Boa Prática não validada na maioria das instituições.
<b>Q30d</b> Programa de VE das infeções nosocomiais da corrente sanguínea em internamento de unidades de cuidados agudos (rede nacional) – HAI-VE-INCS	1) atingir uma taxa de prevalência hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “sim” c/ valores entre os 65,2% e os 70,2% . Registo de ligeira descida em 2019. Pergunta centra-se na avaliação da Boa Prática
<b>Q31</b> Vigilância epidemiológica IACS (avaliação semanal e feedback de profissionais)	1) atingir uma taxa de prevalência hospitalar de 8%	Resposta maioritariamente “não” faz esta vigilância c/ valores positivos que variam entre os 47,2 e os 50% . Registo de ligeira descida em 2019. Nas diferentes tipologias verifica-se que são os ACES que mais respondem não favoravelmente. Os H, CH e ULS apresentam maioritariamente esta Boa Prática.
<b>Q32</b> Monitorização e notificação dos microrganismos -alerta e problema-de VE, de Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015 (questão 31 em 2015/16)	Vigilância das infeções 1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.	<u>Resposta maioritariamente “sim”</u> . Os valores (sim) oscilam entre 97% e 80,45 em 2019 . Assinala-se tendência de descida. Questiona-se se houve um decréscimo dos microrganismos a monitorizar /registar ou a sua notificação, foi menos consistente durante esta janela temporal?
<b>Q32.1</b> A taxa de MRSA (Staphylococcus aureus resistentes à metilina),no total de Staphylococcus aureus -apenas as amostras invasivas (sangue e líquor/ 1000 dias de internamento, diminuiu relativamente ao ano anterior, na instituição.	Vigilância das infeções 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%.	<u>Resposta maioritariamente “sim”</u> . Os valores positivos (redução taxa de MRSA ) oscilam entre 56,5% a 54,3% em 2019, c/piiores resultados. Questão procura responder a meta alínea 3)- a evolução, em princípio, <u>moderadamente favorável ao seu cumprimento</u> . Por avaliar ficam os dados da % exata da prevalência da taxa de infeção por MRSA, o que não permite responder diretamente à meta.

<b>Q32.2</b> Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA.	Vigilância das infeções 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%. Intervenções - Norma	Resposta maioritariamente “não”. Entre 2017-2018 a maioria (53,9% e 58,7%) <u>das respostas é negativa ou seja no não cumprimento da norma</u> , embora se verifique uma melhoria em 2019, com aumento de respostas “sim” (50%) demonstrando um maior equilíbrio e uma tendência de melhoria.
<b>Q 32.3</b> A Instituição aplica a grelha de av. do risco individual na admissão para implementar medidas de isolamento se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?	Vigilância das infeções 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%. Intervenções – avaliação risco	Resposta maioritariamente “não” ao longo dos 3 anos. Sendo possível verificar que as respostas são transversais aos diferentes tipos de entidade. Valores positivos variam entre os 30,3 e os 36,9% em 2019 com tendência de melhoria. <u>Resultados evidenciam não cumprimento da avaliação do RISCO</u>
<b>**Q37</b> (2015/16) A taxa de MRSA/Staphylococcus aureus, todas as amostras diminui de 2014 para 2015, na instituição?	Vigilância das infeções 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%.	Resposta maioritariamente “sim”. No entanto, a <u>evolução da relação (Sim / Não) é modestamente favorável de 2015 para 2016 em números absolutos</u> . Esta questão muda de nº em 2017; 2018 e 2019
<b>**Q34</b> A instituição conclui e ultrapassou a fase 1 da Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infecção? (2015-2016)	Vigilância das infeções 1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.	<u>Resposta maioritariamente “sim” em 2015 e 2016</u> concluíram a fase 1 das campanhas precauções básica do controlo de infeção aos níveis de 73,2% e 81,7% respetivamente
<b>Q33</b> A instituição tem implementado um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho nº 15423?	2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; Intervenções Desp nº 15423	<u>Resposta maioritariamente “sim” em 2017 e 2018 e 2019</u> . As respostas favoráveis (sim) variam entre 40,7% e 57,1%. Quando analisada por tipologia, verifica-se que são os ACES a responder maioritariamente “não”. Esta questão vem no sentido do cumprimento da meta alínea 2)- redução de consumo de antimicrobianos, mas <u>avalia apenas a boa prática e não o valor da redução</u> .
<b>Q34</b> A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e deu feedback aos prescretores/a todos os profissionais de saúde?	2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos	<u>Resposta maioritariamente “sim” sobre a evidência</u> do consumo de antimicrobianos, embora com variações. O valor mais elevado de reporte foi em 2016 (90,3%). No ano de 2019 situa-se nos 84,5%.
<b>Q35</b> Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual?	2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.	<u>Resposta maioritariamente “sim” excepto em 2017 C/ maioria “não”</u> Pergunta relacionada com metas mas não permite uma resposta direta. Apenas será possível essa avaliação pelo anexo de evidência, não disponibilizado.
<b>Q36</b> Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual?	5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas	<u>A maioria das instituições responde sim com um máximo em 2017 (77,5%) c/ diminuição do consumo de quinolonas</u> . A % desce novamente em anos subsequentes. <u>Os ACES respondem mais “não” na comparação c/ hospitais</u> . Esta pergunta está de acordo com a meta mas não permite uma resposta direta. Apenas será possível essa avaliação através da análise do anexo de evidência, não disponibilizado.
<b>Q37.1</b> A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos? (2015/2016)	1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%. Feixes de intervenção	<u>Resposta maioritariamente “sim”</u> . A relação (Sim/Não) tem uma <u>evolução desfavorável</u> de 2015 para 2016. Esta questão vem procurar responder a meta alínea 1). Face a análise da evolução esta é indicativa que existe menor adesão aos Budles de PCI. <u>O que levaria ao não cumprimento da meta</u> (questão válida em 2015 e 2016).
<b>Q37.1a</b> Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico? a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%. Feixes de intervenção	<u>Resposta maioritariamente “sim”</u> . Verifica-se o aumento das instituições que identifica o feixe de intervenções para a prevenção da infeção no local cirúrgico, bem como aumento do número das instituições que o faz a 100%. A relação entre (sim / não) <u>tem evolução favorável em 2019 (63,0% -Sim)</u> . Não foi disponibilizada informação sobre os BO 37.1b.
<b>Q37.2</b> Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário? Se sim, indique a percentagem de	1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.	<u>Resposta maioritariamente “não”</u> embora c/ aumento do “sim” 48,2% nos últimos 3 anos. Existe uma melhoria na tipologia Hospital, ULS e Centros Hospitalares. Os ACES mantêm maioritariamente a resposta “não”.

serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	Feixes de intervenção	Na taxa de 100% existe um aumento positivo significativo das instituições entre 2017 e 2019 que a alcançam.
<b>Q37.3</b> Feixe de intervenções para a prevenção da infecção associada ao cateter intravascular? Se sim, % de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%. Feixes de intervenção	<u>Resposta majoritariamente “não”</u> embora c/ aumento das respostas “sim” variando entre 27,0% e 35,7%. Verifica-se uma melhoria a nível dos hospitais, ULS, centros Hospitalares. Os ACES mantiveram majoritariamente a resposta não.
<b>Q37.4</b> Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Se sim, %percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%. Feixes de intervenção	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> Nesta questão é visível uma relação Sim/Não progressivamente a melhorar desde 2017 a 2019 com uma aumento dos “sim” (63,0%) e a consequente redução dos “não”(37%) .
<b>Q 38.1</b> Verifica-se módulo da Auditoria às PBCI (Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção) - se sim, % de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.	A respostas são <u>majoritariamente “sim”</u> . A relação (Sim/Não) <u>evolui favoravelmente</u> para 2019 relativamente às auditorias PBCI, variando entre 71,1% a 77,4%, em 2019. Verifica-se um aumento de 34,37% das instituições que reportam o valor 100%.
<b>Q 38.2</b> Existe módulo de monitorização da adesão dos profissionais à higiene das mãos? Se sim, % de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> Há uma melhoria dos parâmetros <u>e aumento das respostas “sim”</u> , sendo a relação Sim/Não <u>favorável para 2019</u> , variando entre 71,7 e 82,1%. Salienta-se que a maior parte das respostas “não” advém dos ACES.
<b>Q 38.3</b> Verifica-se módulo de monitorização do uso de luvas? Se sim, a % de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> , havendo um aumento progressivo destas respostas variando entre (52,8% e 67,9%) De salientar que a maior parte das respostas “não” é reportada pelos ACES.
<b>Q39</b> A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infecção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos.	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> . Existe uma melhoria na relação Sim / Não de 2017 para 2018, e uma ligeira descida para 2019. Os valores mais elevados são de 81,5% de concretização (sim) deste plano em 2018.
<b>Q40</b> A instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infecção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos.	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> na elaboração do relatório. Os valores mais elevados são de 76,1% % de elaboração de relatório (sim) em 2018.
<b>Q41</b> A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 sobre os RH e logísticos para cumprimento deste plano de ação? – indique os FTE (horas) do GCL-PPCIRA, por grupo profissional (Coordenador, Médicos e Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA)	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.	<u>Resposta majoritariamente “não”</u> . Quando comparadas as tipologias, verifica-se que são os ACES as entidades que mais respondem “não” a esta questão.
<b>Q42</b> A Instituição definiu um programa interno de formação C/ a prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?	1) Atingir uma taxa de prevalência de infecção hospitalar de 8%.	<u>Resposta majoritariamente “sim”</u> . A relação sim/não tem uma evolução favorável em 2019. Quando comparadas as tipologias, verifica-se que os ACES majoritariamente respondem “não” a esta questão.

Através da apreciação da tabela síntese dos dados extraídos da investigação, surge a tentativa de comparar o que se encontra explanado na literatura, interligando a teoria e o que se evidenciou na prática.

Verifica-se que relativamente aos pontos principais, todos se encontram em processo de desenvolvimento, ou seja, o objetivo ainda não terá sido atingido plenamente. Os pontos principais considerados foram:

- Determinar se foi possível “atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%”;
- Determinar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos”;
- Determinar se foi possível “atingir uma taxa de MRSA de 20%”;
- Determinar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes”;
- Determinar se foi possível “reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas” (DGS, 2018).

Tendo em consideração o exposto até ao momento, é possível compreender que existem fatores transversais entre a evidência e a prática, bem como fatores discordantes. Primeiramente, existe uma preocupação transversal pela temática da prevenção de infeção e controlo na administração de antibioterapia, tanto a nível nacional como internacional, salientando-se, em todos os artigos mencionados, a crescente adaptação e mutação dos microrganismos, prevendo a existência de espaço para melhorar a implementação de todas as medidas referidas.

Em segundo lugar, as medidas eficazes no controlo e prevenção de infeções microbianas e resistência aos antibióticos são similares a nacional e Internacionalmente, aspeto referido pela globalidade dos autores referidos. No entanto, e baseado em Hoye, Braend & Spehar (2020), constatou-se que as medidas implementadas mais eficazes carecem de melhor implementação, auditorias mais adequadas e aprofundamento de investigação na área, indo de encontro ao Plano de Ação Global, que procura uma implementação rápida e auditada, existindo países nos estados-membros menos capazes em responder a uma implementação tão eficaz das medidas, em oposto a outros, ou seja, uma problemática a ter em consideração.

No novo Plano de Ação Global, observa-se que a implementação e controlo de fatores correlacionados, bem como a globalização e processos de auditoria cria uma pressão positiva para cumprir metas e objetivos estipulados. Contudo, confirma-se a

necessidade de inovar e repensar o sistema em vigor para análise de componentes relacionados com a Segurança do Doente. Perante esta problemática, é sugerido por Wang, Zhang, Liang & Bloom (2016), a aplicação de novas estruturas de interpretação de dados associados aos planos apresentados.

A construção e aposta na produção de maior e melhor evidência científica de boas práticas, mas também disponibilização dos relatórios internacionais que permitam realizar a comparação de diferentes realidades e capacidades de resposta, são aspetos presentes nos diversos artigos, o que vai ao encontro do PNSD (DGS, 2019) e do Plano Global, onde a indexação de dados em bases partilhadas se assume como um caminho para o futuro.

Finalmente, o último tópico abordado em todos os documentos remete ao elevado custo e morbilidade que esta temática representa para a saúde pública, sendo que, segundo a OMS, cerca de um terço das situações seria prevenível.

Em relação às disparidades, é reconhecido por diversos autores que sistemas de saúde diferentes têm uma capacidade de resposta diferente, com implementação de medidas de saúde pública como de auditoria muito discrepantes, o que poderá inviabilizar perspectivas de globalização de medidas.

As estratégias multimodais, apresentam-se como o tema mais discordante presente na literatura, onde os relatórios procuram normas replicáveis, e algumas instituições nacionais procuram estratégias que, através de intervenções individuais dos serviços, aumentem a eficácia individual das instituições e serviços na sua singularidade, facilitando o alcance de objetivos estipulados. No entanto os vários autores em análise, incluindo o documento da DGS, afirmam a importância da existência e implementação de normas replicáveis como boa prática.

Em último lugar, verifica-se a existência de vetores motivadores à adesão para melhoria desta problemática, por parte dos profissionais, que de realidade para realidade, internacionalmente, são muito dispares e muitas vezes não prioritários fomentado a fraca adesão dos intervenientes na ação de mudança do paradigma, intervenções e implementação de estratégias eficazes.

## CONCLUSÃO

Referente à análise dos dados realizada verificou-se elevada pertinência da temática em estudo, nomeadamente pela importância da implementação de medidas nacionais e internacionais de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, especialmente a nível dos sistemas de gestão em enfermagem e políticas de saúde.

Desta análise advém a importância de estabelecer um conjunto de recomendações para o controlo de infeção e prevenção de resistências antimicrobianas, a fim de se alcançar melhores cuidados de enfermagem, e melhores práticas de gestão. Para tal podem ser aprofundadas diversas medidas, destacando-se a implementação de programas de controlo de infeção, educação e formação direcionada para profissionais e leigos e, finalmente, uma vigilância e monitorização constante do desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde. Conclui-se, portanto, que esta problemática se enquadra numa realidade em evolução com áreas a melhorar.

Referente à análise dos dados obtidos do estudo referido, o trabalho realizado até a presente data tem sido adequado embora se possam redirecionar algumas questões e ajustar o formulário ao que vier a ser implementado pelo novo PNSD 2021-2026 pelo qual se conclui:

- A análise das perguntas orienta-se para a concretização de boas práticas, deixando por concluir a avaliação da concretização da meta definida através dos anexos de evidência de cada instituição, visto que o material não foi disponibilizado.
- A anonimização da base não permitiu avaliar a evolução das instituições nas questões formuladas, o que poderia ser alcançado com uma codificação da base, que podia permitir uma avaliação de resultados mais consistente. No entanto, esta análise é conseguida em termos gerais para o conjunto de instituições, sendo a comparabilidade e evolução realizada sempre que possível nas diferentes tipologias.

Assim, sugere-se estabelecer novas metas que permitam uma avaliação no sentido de reforçar em planos futuros a problemática das IACS e do consumo de antimicrobianos, bem como a elaboração de instrumentos que permitam aferir as metas que venham a ser desenvolvidas. Por outro lado, sugere-se a utilização de

instrumentos de auditoria a aplicar pelas entidades de saúde, facilitando a sua comparação, e tendo em consideração a tipologia de instituição, bem como aprofundar o modelo de acompanhamento das instituições conducente à sua certificação e acreditação pelo Ministério da Saúde de forma mais efetiva, bem como aprofundar o “acompanhamento” para as instituições cujas respostas não conformes prevalecem durante dois anos consecutivos.

## REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146–153. <https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Ainken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- ALLEA - All European Academies. (2018). Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (edição revista). Berlin: ALLEA - All European Academies. Disponível em: [https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital\\_PT.pdf](https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf)
- Almeida, H. (2001). A qualidade em Saúde. *Ordem dos enfermeiros* 3, 39-40
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta
- Alves, C. (2009). Erro de terapêutica em pediatria: Perceção dos enfermeiros. Universidade do Porto: Porto
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2007). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ashiru-Oredope, D. et al (2016). Implementation of antimicrobial stewardship interventions recommended by national toolkits in primary and secondary healthcare sectors in England: TARGET and start smart then focus. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 71(5); 1408-1414. <https://doi.org/10.1093/jac/dkv492>
- Asiri, S., Rohrer, W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: a cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*, 15(38). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0161-7>

- Bowling A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. 4th edition. England. Ioen University Press.
- Bryman, A., (2012). *Social Research Methods* (4.<sup>a</sup> edição). Oxford: Oxford University Press
- Caixeiro, C. (2014). *Liderança e cultura organizacional: o impacto da liderança do diretor na(s) cultura(s) organizacional(ais) escolar(es)*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Évora: Évora. <http://hdl.handle.net/10174/11416>
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2019). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management* (8<sup>a</sup> edição.). Missouri: Elsevier
- Coetzee, S., Klopper, H., Ellis, S. & Aiken, L. (2013). A tale of two systems: Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162–173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>
- Couto, R., Pedrosa, T., Cunha, A. & Amaral, D. (2009). *Infeção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: Epidemiologia, controlo e tratamento* (4<sup>a</sup> edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Decreto-Lei N.º71/2019 (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, I<sup>a</sup> série (N.º101/2019 de 27-05-2019), 2626-2642. ELI: <https://data.die.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/die/pt/html>
- Despacho N.º256/2006 (2006). Transferência do PNCI para a Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. de 10-10-2006
- Despacho N.º 1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário da República*, II<sup>a</sup> Série (N.º28 de 10-02-2015), 3882(2)-3882(10). ELI: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho N.º5739/2015 (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, II<sup>a</sup> série (Nº104 de 29-05-2015), 13878-13879. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/67332769>
- Direção-Geral da Saúde (2002). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: [https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa\\_n](https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_n)

[acional de prevencao e controlo de infeccao associada aos cuidados de saude 0.pdf](#)

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Análise de incidentes e de eventos adversos*. (011/2012). Orientação 011/2012 de 30-07-2012. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Norma 029/2012 de 29-12-2012, atualizada a 31-10-2013. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: DGS. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Dubois, C., D'Amour, D., Pomey, M., Girard, F. & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review. *BioMed Central Nursing*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-7>
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M. & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110–117. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt019>
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BioMed Central Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>
- Dupas, G. (2001) *Ética e poder na sociedade da informação: De como a autonomia das novas tecnologias obriga a rever o mito do progresso*. São Paulo: Editora UNESP.

- El-Kholy, A., Girgis, S., Shetta, M., Abdel-Hamid, D., Elmanakhly, A. (2020). Molecular characterization of multidrug-resistant Gram-negative pathogens in three tertiary hospitals in Cairo, Egypt. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 39(5), 987-992. <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03812-z>
- Erickson, J., Duffy, M., Gibbons, M., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M. & Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the professional practice environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279–285. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04050.x>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net): Annual Epidemiological Report 2019*. Stockholm: ECDC. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2019>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020<sup>1</sup>). *Country summaries: Annual Epidemiological Report 2019*. Stockholm: ECDC. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Country%20summaries-AER-EARS-Net%20202019.pdf?fbclid=IwAR1WnWijp-Od111VDXOCALdAuCI5Ui2NBhs7oeq1tkPVAaTIMwF8KIs-NM0>
- Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Athlin, A., Brovall, M., Parr, J., Blomberg, K. & Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2285–2299. <https://doi.org/10.1111/jocn.14247>
- Ferreira, M. (2012). Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. In Queirós, P. (Coord.), *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (57-73). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Fragata, S. & Martins, L. (2004) *O erro em medicina: Perspetivas do indivíduo, organização e sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Gray, J., Grove, S. & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's: The practice of nursing research* (8<sup>o</sup> edição). Missouri: Elsevier
- Greene, M.; Newbitt, W.; Nelson, G. (2020) Antimicrobial stewardship staffing: How much is enough. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(1), 102-112. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.294>

- Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2017) *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (8ª edição) Missouri: Elsevier.
- Hoye, S.; Braend, A.; Spehar, I. (2020). Quality improvement and antimicrobial stewardship in general practice – The role of the municipality chief medical officer. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 38(3), 352-359. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794400>
- Ibrahim, M., Abo El-Magd, M. & Sayed, H. (2014). Nurse's psychological empowerment and perceived autonomy in university and teaching hospitals at Menofia Governorate/Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(9), 59–68. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n9p59>
- Johnson, A. et al (2016). Improving feedback of surveillance data on antimicrobial consumption, resistance and stewardship in England: putting the data at your fingertips. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 72, 953-956. <https://doi.org/10.1093/jac/dkw536>
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations 2008. Consultado em 16/02/2011, através de <http://www.jointcommission.org>
- Kitson, A. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*. 67(2). 99-107 <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013). Reclaiming and refining the fundamentals of care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. *Nursing Research Series 2*, School of Nursing, The University of Adelaide. Disponível em: <https://hdl.handle.net/2440/75843>
- Kouzes, J. & Posner, N. (2012). *The leadership challenge: how to make extraordinary things happen in organizations* (5ª edição). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kurtessis, J., Eisenberger, R., Ford, M., Buffardi, L., Stewart, K. & Adis, C. (2017). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854–1884. <https://doi.org/10.1177/0149206315575554>
- Lei N.º21/2014 (2014). Aprova a lei da investigação clínica. Assembleia da República. *Diário da República*, Iª série (N.º75/2014 de 16-04-2014), 2450-2465. ELI Pp. 2450-2465. ELI: <https://dre.pt/eli/lei/21/2014/04/16/p/dre/pt/html>
- Lei N.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, Iª série (N.º 181/2015 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

- Lima, M. (2008). *Inquérito Sociológico Problemas de Metodologias* (3ª edição). Lisboa: Editorial Presença
- Ma, X. et al (2016). Antimicrobial stewardship of Chinese ministry of health reduces multidrug-resistant organism isolates in critically ill patients: a pre-post study from a single center. *BioMed Central Infectious Diseases*, 16(704).  
<https://doi.org/10.1186/s12879-016-2051-8>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3ª edição). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Ministério da Saúde. (2019) *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio Anual Acesso 2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Anual-Acesso-2019.pdf)
- Mitchell, P., Ferketich, S. & Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46.  
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>
- Moreira, T. & Lucas, P.B. (2018). Healthcare associated infections perceptions amongst healthcare professionals: The role of the nurse manager. *Translational Research and Innovation in Human and Health Science, Annals of Medicine*, 50: sup1, S153. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1427445>
- Moreira, T. (2015). *A perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde: o papel do enfermeiro gestor*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16469>
- Northouse, P. (2010). *Leadership: Theory and practice* (5ª edição). Califórnia: SAGE Publications.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. (Dissertação de mestrado) Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., Mcinerney, P & Soares, C. (2017). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual* (4ª edição). Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Plachouras, D. & Hopkins, S. (2017). Antimicrobial stewardship: we know it works; time to make sure it is in place everywhere. *The Cochrane Collaboration*. <https://doi.org/10.1002/14651858.ED000119>

Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Regulamento N.º 101/2015 (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, IIª série (N.º 48/2015 de 10-03-2015), 5948-5952. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/66699732>

Regulamento N.º 76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, IIª série (N.º 21/2018 de 30-01-2018), 3478-3487. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/114591764>

Ribeiro, O., Carvalho, F, Ferreira, L. & Ferreira,, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*. 35 (13). Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8304> U

Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2013). Nurses' practices in the nursing and health care management: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257–263. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000200016>

Scott, R. (2009). *The direct medical costs of healthcare-associated infections in US hospitals and the benefits of prevention*. Centers for Disease Control.

Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações*. (2º edição.). Lisboa: Verlag Dashofer

Titlestad, I., Haugstvedt, A., Igland, J. & Graue, M. (2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides

- caring for residents with diabetes. *BioMed Central Nursing*, 17(1), 1–8.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0305-z>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lisboa: Lusodidata.
- Wang, L., Zhang, X.; Liang, X. & Bloom, G. (2016). Addressing antimicrobial resistance in China: policy implementations in a complex context. *Globalization and Health*, 12(30). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0167-7>
- Weber, E., Ward, J., & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nursing Management*, 46(12), 47–50.  
<https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85>
- Wiggins, M & Hyrka, K. (2011). Achieving Excellence in Nursing Management. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 1-4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01226.x>
- World Health Organization (2014). *WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/30-04-2014-who-s-first-global-report-on-antibiotic-resistance-reveals-serious-worldwide-threat-to-public-health>
- World Health Organization (2018). *Orientações da OMS acerca dos elementos-chave para os programas de prevenção e controlo de infeções ao nível nacional e ao nível hospitalar*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/hm2018-sumario-das-orientacoes-da-oms-pdf.aspx?fbclid=IwAR1b-8rt-ZFehqmjq-yxv-yEMPglxgUKbT9Jmm7qQ5fp8tOBpFuNYsj37ZI>
- World Health Organization (2018). WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016-2018 early implementation. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277359>
- World Health Organization (2020). *State of the world's nursing*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Yoder-Wise, P. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (7ª edição.). Missouri: Elsevier



**ANEXOS**

# I. Formulário de solicitação de colaboração com o DQS



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS

### REQUERENTE

Nome completo: João Pedro Ferreira Rosado

Morada completa: Rua da Matola nº 3 R/C dto.

N.º de identificação civil: 14849281 NIF: 267458096

Contacto telefónico: 918961640 Email: joão.rosado@campus.esel.pt

### INSTITUIÇÃO

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Morada completa: Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa

N.º de Pessoa Coletiva / NIF: 508 310 350

Responsável pelo tratamento dos dados: João Pedro Ferreira Rosado

Coordenador / Orientador do estudo ou investigação: Profª Filomena Gaspar

N.º de identificação civil: NIF:

Contacto telefónico: Email: mfgaspar@esel.pt

### PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Projeto: Avaliação do PNSD 2015-2020 no âmbito do protocolo Escola Superior de Enfermagem

de Lisboa/Direção Geral da Saúde - OE -

Objetivos do estudo/investigação: Analisa o objetivo estratégico nº 9 do Plano Nacional de Saúde do Doente - 2015-2020: Promover e controlar as infeções e as resistências aos Antimicrobianos.

Âmbito da participação da DGS: disponibilização dos dados em estudo, anonimizados

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

### PEDIDO DE CEDÊNCIA DE DADOS ANONIMIZADOS

Solicito que me seja disponibilizado, para o seguinte contacto: mfgaspar@esel.pt

E relativo ao período entre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, os seguintes dados (indicadores/variáveis):

Relativo ao Objetivo Estratégico nº 9 - Promover e controlar as infeções e as resistências aos Antimicrobianos - Pedido de cedência de dados anonimizados

Mais informo que os mesmos se destinam exclusivamente a: estudo dos objetivos estratégicos do PNSD

2015-2020

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

**Comprometo-me a:**

- Utilizar os dados apenas para os fins acima identificados;
- Recorrer apenas à informação necessária e pertinente à finalidade acima identificada;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Não utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição;
- Ser o único responsável pelos dados e indicadores que calcular a partir dos dados disponibilizados;
- Suportar eventuais encargos financeiros com a disponibilização e o eventual tratamento dos dados;
- Mencionar sempre a fonte dos dados (dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde) e identificar a respetiva base de dados;
- Dar conhecimento prévio à Direção-Geral da Saúde dos resultados do estudo / investigação, bem como das publicações geradas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados.

**Solicitei e anexo os seguintes documentos (se aplicável)**

Protocolo de Investigação

Autorização para realização do estudo por parte da entidade de acolhimento do investigador

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Data: 23/07/2020 | Assinatura: *[assinatura]*

**AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO DQS**

Aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado e designo o colaborador \_\_\_\_\_ como ponto de contato para este projeto.

Não aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado.

Autorizo a cedência de dados, porque os dados solicitados são anonimizados, está protegida a sua confidencialidade, e a finalidade da cedência dos mesmos prende-se com razões de interesse público, científico e de investigação.

Não autorizo a cedência de dados.

Data:

Assinatura:

## II. Declaração de sigilo e confidencialidade



### DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

João Pedro Reseiro Rosado (nome), portador do documento de identificação n.º 14849281, colaborador (a) no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, relativamente aos dados pessoais sensíveis a que tem acesso, em virtude do desempenho da sua atividade profissional, compromete-se a:

- Não revelar os dados pessoais e clínicos a terceiros;
- Utilizar os dados pessoais e clínicos apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Recorrer apenas aos dados pessoais e clínicos necessários e pertinentes para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Não copiar, nem replicar informação com dados pessoais e clínicos;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, dados de saúde e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados;
- Abster-se e informar a Direção-Geral da Saúde sempre que haja conflito de interesses;

Manter o dever de sigilo e de confidencialidade mesmo após o termo de funções, cessando tal dever apenas nos termos legalmente previstos.

Lisboa, 07/10/2020

João Pedro Reseiro Rosado

(Assinatura conforme consta no documento de identificação)

### III. Prioridade: II, Reforço da segurança dos doentes



#### Prioridade: II. Reforço da segurança dos doentes

Segurança da comunicação	
3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?	HH + ULS + ACES
Segurança cirúrgica	
4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da LVSC da instituição? <b>Anexe evidência</b>	HH + ULS
5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição: a) do local cirúrgico errado b) do procedimento errado c) do doente errado d) da retenção de objetos estranhos no local cirúrgico e) por morte intraoperatória em doentes ASA1	HH + ULS
6) Quantas auditorias internas foram realizadas? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS
7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS
Segurança na utilização da medicação	
8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada? Sim/Não. <b>Se sim, evidencie.</b>	HH + ULS + ACES

1



9) Tem implementada estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA? Sim/Não. <b>Se sim, evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
10) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA ocorreram na instituição? <b>Evidencie</b>	HH + ULS + ACES
11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada? Sim/Não. <b>Se sim, evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
12) Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo? Sim/Não. <b>Se sim, evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
13) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos de alerta máximo ocorreram na instituição? <b>Evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
14) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento na instituição? <b>Evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
15) Foram implementadas outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento? <b>Se sim, evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
16) Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da reconciliação terapêutica? <b>Evidencie.</b>	HH + ULS + ACES
Identificação inequívoca dos doentes	
17) Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente? <b>Anexe evidência</b>	HH + ULS + ACES

2

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?	HH + ULS + ACES
---	--------------------

18) Quantas notificações de incidentes relacionadas com a identificação de doente ocorreram na instituição? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES
19) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES
20) Que práticas seguras foram realizadas para assegurar a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar. <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS

<b>Prevenir a ocorrência de quedas</b>	
21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? Sim/Não. Se sim, <b>anexe evidência</b>	HH + ULS
21) Realizaram-se avaliações do risco de queda nos domicílios? Se sim, <b>anexe evidência.</b>	ACES
22) Qual o nº de notificações de incidentes relativos a quedas da instituição? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS
23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS

<b>Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão</b>	
24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras por pressão? Sim/Não. Se sim, <b>anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES
25) Qual o nº de notificações de incidentes relativos a úlceras por pressão da instituição? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS
26) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras por pressão <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES

3

<b>Notificação, análise e prevenção e incidentes</b>	
27) A instituição notifica incidentes noutra sistema sem ser no NOTIFICA? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES
28) Indique quais as medidas preventivas implementadas, considerando os incidentes de segurança do doente notificados e analisados? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES
29) Foram realizadas auditorias internas à análise de incidentes? <b>Anexe evidência.</b>	HH + ULS + ACES

<b>Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos</b>	
30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:	HH + ULS
a) Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI	HH + ULS
b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU	HH + ULS
c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN	HH + ULS
d) Programa de VE das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS	HH + ULS
31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores? - se sim, <b>anexe evidência</b>	HH + ULS + ACES

4

32) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015??	HH + ULS
32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à metilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquido) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na Instituição - Se sim, em que percentagem?	HH + ULS
32.2. Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015? - Se sim, em que percentagem de serviços clínicos? - Anexar evidência	HH + ULS + ACES
32.3. A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequadas - se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?	
33) A instituição tem implementado um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho nº 15423?	HH + ULS + ACES
34) A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde? - se sim, anexe evidência	HH + ULS + ACES
35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual? Se sim, anexe evidência.	HH + ULS+ACES
36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual? Se sim, anexe evidência	HH+ULS + ACES
37,1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes? b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta <i>bundle</i>	HH + ULS
37.2) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	HH + ULS+ACES

5

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intravascular? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	HH + ULS+ACES
37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta <i>bundle</i> deva ser aplicada	HH + ULS
38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), nomeadamente:	HH + ULS + ACES
38.1) Módulo da Auditoria às PBCI - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	HH + ULS + ACES
38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento	HH + ULS + ACES
38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	HH + ULS + ACES
39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?	HH + ULS + ACES
40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?	HH + ULS + ACES
41) A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação? - indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional (Coordenador, Médicos e Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA)  Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE*) afeta aos seus membros	HH + ULS + ACES

6

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?

HH + ULS +  
ACES