Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Luísa Filipe Martins Antunes

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

Ana Luísa Antunes
CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS
2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Relatório Final de Estágio

Ana Luísa Filipe Martins Antunes

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira

Oliveira de Azeméis| 2023

"Safety shows itself only by the events that do not happen"

Erik Hollnagel

AGRADECIMENTOS

Manifesta os mais sinceros agradecimentos a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste relatório final.

Particularmente, à Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira, orientadora deste trabalho, pela exímia orientação, colaboração, disponibilidade, incentivo e partilha de conhecimento.

À Professora Doutora Liliana Mota pela disponibilidade e apoio ao longo deste percurso.

À *Agency for Healthcare Research and Quality* pela autorização concedida para a tradução do *Hospital Survey on Patient Safety Culture™* (SOPS®), na versão 2.0., e pela celeridade nos contactos.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar que autorizou a aplicação do instrumento de colheita de dados, tornando possível a execução deste trabalho.

À Doutora Catarina Norte, da Comissão de Ética para a Saúde, do Centro Hospitalar onde se desenvolveu o estudo, pela simpatia, disponibilidade e apoio.

Às tutoras, Enfermeira Teresa Andrade e Enfermeira Manuela Fonseca pelo acompanhamento, disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento ao longo do estágio. À Enfermeira Carla Ribeiro, pela aprendizagem, disponibilidade, rigor, apoio, compreensão e, não menos importante, pela sua amizade.

A todos os profissionais que generosamente disponibilizaram o seu tempo para o preenchimento dos questionários, permitindo o desenvolvimento do trabalho.

À colega e amiga Liliana Santos, pelos momentos de partilha e incentivo.

Aos amigos, sempre pacientes e compreensivos, que apoiaram todo este percurso. À Carla Inês, à Diana e ao Eduardo que me ajudaram quando eu mais precisei.

A toda a minha família, em particular aos meus pais e irmã, sempre presentes em todos os momentos. À minha mãe pelo apoio incondicional e incentivo diário. À memória da minha querida avó Minda por todo o amor, exemplo e experiências partilhadas.

Um agradecimento especial ao meu marido e ao meu filho, pela paciência, compreensão, estimulo e suporte em todos os momentos mais difíceis deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACS – Avaliação da Cultura de Segurança

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

BIS – Índice Bispectral

BPS – Behavioral Pain Scale

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CEMI – Congresso de Enfermagem Intensiva

CICI – Congresso Internacional de Controlo de Infeção

CSD – Cultura de Segurança do Doente

CS – Cultura de Segurança

DECT – Digital Enhanced Cordless Telecommunications

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

DVE - Derivação Ventricular Externa

ed. – Edição

EDQM – European Directorate for the Quality of Medicines

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

et al. – E outros

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EUNetPaS – European Network for Patient Safety

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/anamnese, Avaliação, Recomendações

MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros

N – População alvo

n – Tamanho da amostra

NA – Não aplicável

NAS – Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Participante

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAMSD – Plano de Ação Mundial para a Segurança dos Doentes

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PDF – Portable Document Format

PIC – Pressão Intracraniana

PiCCO – Pulse index Continuous Cardiac Output

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

PSC – Patient Safety Culture

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SC – Safety Culture

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOPS – Survey on Patient Safety Culture

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TISS-28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPCIRA – Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

UR-PPCIRA – Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

WHO – World Health Organization

RESUMO

A assistência à pessoa em situação crítica pressupõe competências de nível avançado que exigem a permanente atualização do conhecimento, baseado em evidência, por parte do Enfermeiro Especialista, de forma a garantir cuidados mais seguros e de qualidade. Neste sentido, a segurança do doente deve constituir uma prioridade na atuação de todos os profissionais, quer tenham implicação direta ou não nos cuidados, pois existe sempre um grau de risco implícito decorrente da intervenção de cada interveniente. Em paralelo ao estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, que decorreu em duas unidades distintas (Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos), desenvolveu-se a componente de investigação relacionada com a perceção dos profissionais sobre a Cultura de Segurança do Doente (CSD) hospitalizado. O relatório de estágio visa refletir a evolução experienciada no contexto da prática clínica, demonstrar as competências especializadas adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso, bem como espelhar o processo metodológico produzido. Na primeira parte deste relatório descreve-se, com sentido crítico-reflexivo, as atividades executadas e as competências alcançadas no Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II e, na segunda parte, é explanado todo o percurso desenvolvido ao nível da componente de investigação. Os dois momentos de estágio permitiram adquirir competências comuns e específicas, de nível avançado, do enfermeiro especialista; desenvolver a capacidade de tomada de decisão e o juízo crítico e reflexivo constituindo-se, assim, como uma referência dentro da equipa de saúde. O processo metodológico desenvolvido, estudo descritivo de abordagem quantitativa, facultou a possibilidade de identificar as dimensões da CSD que necessitam de intervenção imediata, no sentido das mudanças comportamentais e organizacionais a implementar na instituição. Com este estudo pretende-se contribuir para o avanço do conhecimento da CSD hospitalizado e da enfermagem em geral.

Palavras-chave: Gestão de segurança; Hospital; Pessoal de saúde; Segurança do paciente

ABSTRACT

Care of critically ill patients presupposes advanced skills that require the permanent updating of knowledge, based on evidence, by the Nurse Specialist, in order to ensure safer and higher quality care. In this regard, patient safety should be a priority in the actions of all professionals, whether they are directly involved in care or not, because there is always an implicit degree of risk arising from the intervention of each intervening party. In parallel with the internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Specialization Area of Critical Care, which took place in two different units (Intensive Care Unit and Unit for Prevention and Control of Infection and Antimicrobial Resistance), the research component related to the professionals' perception of Patient Safety Culture (PSC) was developed.The internship report aims to reflect the evolution experienced in the context of clinical practice, to demonstrate the specialized skills acquired and developed along the way, and to mirror the methodological process produced. The first part of this report describes, with a critical-reflective sense, the activities performed and the skills achieved in the Internship in Critical Care Nursing II and, in the second part, the entire course developed in the research component is explained.The two internship periods allowed for the acquisition of common and specific advanced competencies of specialist nurses; the development of decision-making skills and critical and reflective judgment, thus becoming a reference within the health team. The methodological process developed - a descriptive study with a quantitative approach - provided the possibility of identifying the composite measures of the PSC that require immediate intervention, towards behavioral and organizational changes to be implemented in the institution.This study aims to contribute to the advancement of knowledge of the hospitalized PSC and nursing in general.

Keywords: Health Personnel; Hospital; Patient Safety; Safety Management

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Trabalho em Equipa 76

Tabela 2: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Equipa e Ritmo de Trabalho 77

Tabela 3: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 78

Tabela 4: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Resposta ao Erro ... 79

Tabela 5: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 80

Tabela 6: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Comunicação acerca do Erro 81

Tabela 7: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Abertura na Comunicação 82

Tabela 8: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Notificação de Eventos de Segurança do Doente 83

Tabela 9: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente 83

Tabela 10: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Transições e Troca de Informação 84

Tabela 11: Tabela resumo da percentagem de positividade e do Alpha de Cronbach das dez dimensões do Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0) 85

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 17

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 21

1. Enquadramento dos contextos de estágio 23

1.1. Estágio em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 23

1.2. Estágio em contexto da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos 26

2. Competências comuns do enfermeiro especialista 29

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 29

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade 31

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados 36

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais 38

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica 43

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica 43

3.2. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 47

4. Considerações finais 53

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 55

1. Resumo 57

2. Abstract 59

3. Fundamentação/enquadramento teórico 61

4. Finalidade e objetivos 67

5. Metodologia 69

5.1. Desenho do estudo 69

5.2. Considerações éticas 73

6. Resultados 75

7. Discussão 87

8. Conclusão 95

CONSIDERAÇÕES FINAIS 97

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99

ANEXOS 113

ANEXO I: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO - CUIDADOS AO DOENTE COM DRENO TORÁCICO 115

ANEXO II: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA FECAL DO DOENTE CRÍTICO COM SONDA FLEXI SEAL® 125

ANEXO III: AÇÃO DE FORMAÇÃO "A HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO COMO MEDIDA PREVENTIVA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO. O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?" 137

ANEXO IV: CERTIFICADO DE 2º PRÉMIO ATRIBUÍDO AO POSTER "A HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO COMO MEDIDA PREVENTIVA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO. O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?" 159

ANEXO V: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "PROCEDIMENTO DE HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS" 163

ANEXO VI: CERTIFICADO DE COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO DE ENFERMAGEM INTENSIVA CEMI23 167

ANEXO VII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE SEGURANÇA DO DOENTE NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS" 171

ANEXO VIII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "CULTURA DE SEGURANÇA: A COMUNICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS" 175

ANEXO IX: CERTIFICADO DO WORKSHOP "PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW" 179

ANEXO X: CERTIFICADO DO WORKSHOP "ESCRITA CIENTÍFICA DE ARTIGOS" 183

ANEXO XI: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: A APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A RESPOSTA AO ERRO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS" 187

ANEXO XII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM DOIS CENTROS HOSPITALARES DE PORTUGAL" 191

ANEXO XIII: FORMULÁRIO DIGITAL SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE NO HOSPITAL (VERSÃO 2.0) 195

ANEXO XIV: AUTORIZAÇÃO FORMAL DA AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY 209

ANEXO XV: PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR 213

ANEXO XVI: ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS COMENTÁRIOS DOS PARTICIPANTES 217

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem são cada vez mais complexos e abrangentes, exigindo aos profissionais competências altamente qualificadas a nível técnico, científico e humano. Pelo avanço do conhecimento, com necessidade permanente de sustentar a prática na melhor evidência, e no sentido do aperfeiçoamento profissional, torna-se crucial o investimento na atualização contínua dos conhecimentos, através da especialização e diferenciação técnica e científica, de modo a contribuir para a excelência do exercício profissional (OE, 2015b). O contexto de cuidados intensivos, circunstância profissional da investigadora, é uma área em que esta necessidade é mais premente pela exigência e complexidade dos cuidados. A experiência profissional neste contexto permitiu desenvolver o juízo crítico e a tomada de decisão, facilitando a aquisição de um core de competências, atributos e comportamentos, sustentado no modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), que permitem responder eficazmente às reais necessidades da pessoa e família em situação crítica.

Neste âmbito, tem consciência que os enfermeiros, pela inerência das suas funções, e os profissionais no geral, tem a responsabilidade ética e moral de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos, constituindo-se como agentes de mudança na CS das organizações de saúde.

O tema da segurança do doente tem assumido relevante destaque ao longo das últimas décadas, constituindo uma prioridade de organizações de saúde e governos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do doente é definida como "uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde os quais reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, diminuem a ocorrência de dano evitável, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando este ocorre" (WHO, 2021, p.93), responsabilizando, desse modo, as instituições prestadoras de cuidados de saúde no sentido da redução de cuidados inseguros e, consequentemente, dos eventos adversos associados. Segundo a OMS, uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo está associada à ocorrência de eventos adversos por cuidados inseguros (WHO, 2021) e esta circunstância leva ao reconhecimento da necessidade de melhorar a cultura de segurança do doente (CSD) no setor da saúde em todo o mundo (Azyabi et al., 2021). Dado a magnitude do problema, a

OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a CSD, como medida fundamental para instituir mudanças nos comportamentos dos profissionais e das organizações de saúde, garantindo, deste modo, a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (DGS, 2020). Os últimos estudos realizados em Portugal demonstraram dimensões da CSD a necessitar de intervenção prioritária (Eiras, 2021). A revisão sistemática da literatura com meta análise de Camacho-Rodríguez et al. (2022) defende que hospitais com fortes CSD apresentam processos de baixo risco, exibindo sistemas altamente confiáveis e com resultados eficazes ao nível da segurança do doente. Neste sentido, pela permanente exigência e evolução dos cuidados de saúde, o desenvolvimento de estudos que permitam avaliar a perceção dos profissionais sobre a CSD tornam-se imprescindíveis e pertinentes no sentido da implementação de intervenções de melhoria que garantam cuidados de saúde mais seguros.

Consubstanciado na problemática apresentada, a componente de investigação pretende contribuir para o maior conhecimento da CSD hospitalizado, identificando áreas prioritárias de atuação, no sentido de garantir a qualidade e a segurança da assistência em saúde. Partindo deste pressuposto, foi desenvolvido um estudo descritivo, de abordagem quantitativa que pretendeu dar resposta à questão de investigação formulada: "qual a perceção dos profissionais sobre a CSD num Centro Hospitalar de Portugal?" e definido o seguinte objetivo para dar resposta a esta questão "descrever a CSD percecionada pelos profissionais de um Centro Hospitalar de Portugal".

Este estudo de investigação encontra-se fundamentado no referencial teórico de Patrícia Benner (2001), na sua aplicação à enfermagem do modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980). A vasta experiência e conhecimento, pelo julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas do doente, tornam os enfermeiros peritos na área da segurança do doente, assumindo um papel crucial no sentido de prestar cuidados cada vez mais seguros, anteciparem complicações e serem impulsionadores da mudança (Benner et al, 2009).

De forma a facilitar a compreensão do percurso realizado, dividiu-se o presente relatório em duas partes principais: a componente de estágio e a componente de investigação. Na componente de estágio é realizado um enquadramento dos dois contextos de estágio, nomeadamente, estágio em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e estágio em contexto da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos (UPCIRA), seguido de uma descrição e análise critico-reflexiva das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desenvolvidas ao longo deste percurso e, por último, apresentadas as considerações finais referentes ao Estagio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II.

Na componente de investigação é realizado um breve resumo do trabalho desenvolvido, seguido da fundamentação e enquadramento teórico da temática da CSD, continuando com a finalidade e os objetivos definidos para o estudo. Na metodologia apresenta-se o desenho do estudo e as considerações éticas inerentes ao mesmo, seguido da apresentação dos resultados, respeitando as recomendações da Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] (Sorra et al., 2019b), posteriormente apresenta-se a discussão, onde são confrontados os resultados obtidos no estudo, permitindo o *benchamarking* nacional e internacional, terminando com as conclusões mais relevantes.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Neste capítulo realiza-se uma breve apresentação dos contextos de estágio relativos à unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, que integrou dois momentos distintos: o estágio no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o estágio no contexto da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos. As experiências vivenciadas ao longo deste percurso, o permanente espirito critico-reflexivo, os conteúdos adquiridos na componente teórica do curso e a prática sustentada na melhor evidência, permitiram adquirir e desenvolver competências avançadas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.1. Estágio em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O primeiro momento de estágio foi realizado num hospital público situado na região interior centro do país no período de 03 de outubro a 09 de dezembro de 2022. Esta Unidade de Saúde foi inaugurada em 1997 e encontra-se integrada, desde 2011, num Centro Hospitalar que contempla mais duas unidades na sua constituição e está vocacionado para a prestação de cuidados especializados à pessoa e família, ao longo de todo o ciclo de vida.

A UCIP deste Centro Hospitalar está localizada no terceiro piso e é constituída por duas unidades, a UCIP 1 e a UCIP 2. A unidade mais antiga, a UCIP 1, foi inaugurada há 26 anos e tem uma lotação de oito camas (quatro em sala aberta, duas em quartos de isolamento com possibilidade de pressão positiva/negativa e duas numa outra sala) e a UCIP 2, separada da primeira por um corredor comum a outros serviços, foi inaugurada a 22 de julho de 2022 e é constituída por oito quartos (cinco individuais, dois duplos e um quarto com três camas, todos com possibilidade de pressão positiva/ negativa), totalizando as vinte camas no serviço.

A UCIP funciona 24H por dia e tem acesso facilitado a outras valências, em regime de chamada, nomeadamente: neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia geral; cardiologia; gastroenterologia (para as endoscopias e colonoscopias de urgência); nefrologia; neurologia; ortopedia; pneumologia; neurorradiologia; microbiologia, fisioterapia, serviço de alimentação e radiologia (disponível 24H por dia).

Esta unidade é dotada de equipamento especializado e possui uma equipa multidisciplinar qualificada e treinada, constituída por um diretor de serviço, dois médicos assistentes graduados e seis médicos assistentes; uma assistente técnica; um enfermeiro a exercer funções de gestão; quarenta e três enfermeiros, dos quais doze com a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro com a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, um com a Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e um com a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, também, por catorze assistentes operacionais.

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem, a metodologia de trabalho é predominantemente individual e o rácio é de 1:2, quer para doentes de nível 3 ou de nível 2. O que estaria indicado seria o rácio de 1:1 em doentes de nível 3 e o rácio de 1:2 em doentes de nível 2, conforme as recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). Para além destas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) também é possível recorrer à mensuração da carga de trabalho dos cuidados de enfermagem nas UCI para dotar as unidades de forma segura (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). Apesar dos vários instrumentos capacitados para essa parametrização os mais utilizados são o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS28) e o *Nursing Activities Score* (NAS), ambos validados para a população portuguesa (Macedo et al., 2021). Na UCIP era utilizado o TISS28, onde eram avaliadas sete categorias de intervenções terapêuticas, como as atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, metabólico e as intervenções específicas. Esta ferramenta comparada com o NAS é menos expressiva da carga de trabalho dos enfermeiros, abrangendo apenas 43.3% da carga de trabalho enquanto o NAS mensura cerca de 80.8% (Macedo et al., 2021).

A liderança da equipa é assumida por um responsável de turno (identificado previamente no horário) que tem como funções gerir os cuidados e os recursos. A distribuição da equipa de enfermagem, em cada turno, é realizada de forma equitativa tendo em consideração a experiência e o nível de especialização profissional dos seus elementos. No entanto, o recomendado na constituição das equipas das UCI é "que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno" (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019, p.145). Esta taxa nem sempre era possível ser alcançada na UCIP, uma vez que os enfermeiros especialistas em

Enfermagem Médico-Cirúrgica eram insuficientes, correspondendo a 27% do total dos enfermeiros da equipa.

Consubstanciado na temática da componente de investigação que integra este relatório final, centrada na cultura de segurança do doente, foram definidos os seguintes objetivos específicos para este campo de estágio:

1. Mobilizar conhecimentos e garantir um papel dinamizador na área da qualidade e segurança tendo em conta a melhoria contínua.

Atividades a desenvolver:

- Garantia de um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados complexos e de qualidade à pessoa em situação crítica, visando a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes.
- Adoção de medidas proactivas na aérea da segurança do doente, como formação na utilização de medicamentos de alerta máximo com base na melhor evidência científica;
- Sustentação da tomada de decisão na resolução de situações complexas tendo por base o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade.

2. Desenvolver competências na assistência à pessoa, família/pessoa significativa em situação crítica e/ou falência orgânica, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica.

Atividades a desenvolver:

- Execução de cuidados técnicos de alta complexidade, diagnosticando precocemente as complicações e adequando a tecnologia e os recursos às necessidades da pessoa;
- Prestação de cuidados que garantam a aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como protocolos de monitorização invasiva, prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), técnicas de substituição renal, sedação, gestão da dor, entre outros.
- Envolvimento da família/pessoa significativa no processo de transição saúde/doença tendo em consideração a humanização do ambiente e as suas necessidades, estabelecendo uma relação empática e de ajuda e aplicando estratégias facilitadoras da comunicação.

3. Adquirir competências no domínio da liderança e gestão dos cuidados, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos e tendo por base os padrões de qualidade.

Atividades a desenvolver:

- Acompanhamento do enfermeiro em funções de coordenação da UCIP e participar ativamente na organização e gestão dos cuidados, recursos humanos, materiais e equipamentos.

1.2. Estágio em contexto da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos

O segundo momento de estágio foi realizado numa Instituição que também pertence ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), localizada na região centro do país, no período de 12 de dezembro de 2022 a 8 de março de 2023. Este Centro Hospitalar Universitário resultou da fusão de cinco unidades hospitalares em 2011 e detém elevado grau de diferenciação clínica e técnico-científica. Atualmente, conta com diversos Centros de Referência e assume-se como um prestador exclusivo para determinadas valências clínicas na região centro.

A UPCIRA está localizada no piso 0, no edifício principal do Centro Hospitalar, e é um órgão de caráter executivo, de assessoria técnica que tem por função apoiar o Conselho de Administração. A articulação com cada serviço clínico tem como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro gestor, contudo as ações de ordem prática podem ser promovidas pelos elos dinamizadores.

Os seus objetivos e atividades estão de acordo com as metas definidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelas recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e do Conselho da União Europeia e, também, pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, 2022).

Esta Unidade tem como competência garantir o cumprimento obrigatório do PPCIRA, dos programas nacionais de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos articulando estas atividades com as Unidades Regionais do PPCIRA (UR-PPCIRA), assegurar o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT), promover a investigação e monitorização de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos através

da realização e implementação de auditorias (Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, 2022).

A Unidade funciona todos os dias úteis, das 8H às 16H, em regime presencial e a partir das 16H, até às 20H, em regime de prevenção. Aos fins-de-semana os elementos permanecem de prevenção das 8H às 20H, contactáveis através de um DECT (*Digital Enhanced Cordless Telecommunications)* institucional.

Ao nível organizacional, a UPCIRA é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por uma médica coordenadora, uma médica pediatra, um médico internista, um microbiologista, uma assistente técnica e por uma equipa de enfermagem que integra uma enfermeira gestora e dez enfermeiros, nove especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um décimo elemento com o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirurgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, respetivamente. A composição da equipa obedece ao mais recente Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro (2022) em que por cada 150 camas hospitalares é recomendado ter um enfermeiro em dedicação da totalidade de horário.

Neste campo de estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos, tendo em consideração o tema central da componente de investigação:

1. Participar ativamente nas diferentes áreas de intervenção e monitorização das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);
2. Promover a aquisição e partilha de conhecimentos, com base na melhor evidência científica, que visem intervenções de melhoria da qualidade, tendo por base o diagnóstico de necessidades sugeridas pela UPCIRA.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, a necessidade de especialização e aquisição de competências técnico-científicas diferenciadas por parte dos Enfermeiros surde da constante exigência e relevância dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Deste modo, ao enfermeiro especialista é reconhecida "competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744).

Neste capítulo pretende-se apresentar os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista adquiridas ao longo dos dois percursos de estágio, aduzidos no Regulamento das Competências Comuns n. º140/2019 (2019), tendo por base o elevado juízo critico-reflexivo no planeamento e tomada de decisão perante as situações mais complexas nos contextos da prática clínica, os objetivos de nível avançado delineados para cada estágio e o tema central da componente de investigação.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Como mestre pressupõe-se a capacidade de integrar conhecimentos, gerir questões complexas, apresentar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta com consciência das implicações éticas e socias dessas tomadas de decisão (ESSNorteCVP, 2022).

Ao enfermeiro especialista, ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, compete desenvolver "uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" e garantir "práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Neste sentido, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no artigo 8º, assevera que os enfermeiros, no exercício das suas funções, devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015a).

Os Enfermeiros, na sua prática diária, são confrontados por questões éticas no processo de tomada de decisão. Esta premissa é corroborada por Haahr et al. (2020), os enfermeiros para além da preocupação diária de zelar pelos valores da pessoa e da família são acareados por fatores que desafiam ética e moralmente a sua tomada de decisão segundo os princípios, os valores e as normas deontológicas da profissão. Estes fatores estão relacionados com aspetos organizacionais onde é privilegiada a produção, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, a elevada rotatividade de doentes, o excesso de tarefas administrativas, a desmedida padronização dos cuidados e a cultura litigiosa das instituições que não só inibem os valores éticos inerentes à Enfermagem como comprometem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente e família, contribuindo para o *Burnout* dos profissionais (Haahr et al, 2020).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pela sua especificidade, é um contexto em que os enfermeiros estão expostos a elevados níveis de *stress* e sujeitos a conflitos éticos diários relacionadas com a proteção dos direitos do doente, o consentimento informado, os procedimentos invasivos, a gestão ineficaz da dor e a limitação terapêutica (Pishgooie et al., 2019). Nos casos em que o doente está inconsciente ou incapaz de consentir e que a situação implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou saúde, o consentimento presumido é o que prevalece segundo os artigos 39º e 156º do Código Penal (Decreto Lei 48/95 de 15 de março, 1995) e que confere proteção aos profissionais de saúde nestas situações.

A UPCIRA, pela inerência da sua atividade, é um serviço onde os conflitos éticos e morais são prevalentes para a equipa de enfermagem. Segundo Herwaldt & Kaldjian (2018) a salvaguarda dos princípios éticos, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a utilidade constituem um desafio no processo de tomada de decisão da equipa de controlo de infeção hospitalar. O enfermeiro especialista assume-se como uma referência dentro da equipa na liderança dos processos complexos de tomada de decisão ética por ser detentor do conhecimento ético, deontológico e jurídico, munido de elevado juízo critico-reflexivo, por ser seguro no seu exercício profissional e utilizar estratégias comunicacionais de aferimento e partilha das suas tomadas de decisão com a equipa (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Ao longo dos dois percursos de estágio procurou-se desenvolver a prática clínica de forma segura, dinâmica e profissional, assumindo os processos de tomada de decisão dentro da equipa com base no core de conhecimentos ético-deontológicos e legais da profissão de

Enfermagem, sempre com uma atitude critico-reflexiva e tendo em consideração as preferências do doente e da família.

A defesa dos direitos fundamentais inscritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (MNE, 1978), na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Portaria n.º 87/2015 de 23 de março, 2015) e na Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto, 2005), bem como o respeito pelo direito no acesso à informação, à segurança e confidencialidade de toda a informação, o respeito pelos valores, crenças e costumes e a garantia da segurança e da dignidade do doente constituiu-se como uma prioridade nos dois momentos de estágio.

Ao longo do estágio na UCIP procurou-se garantir o planeamento e a prática dos cuidados privilegiando a privacidade e a segurança do doente A privacidade do doente nas unidades de cuidados intensivos comporta a dimensão física, psicológica, social e a relacionada com a informação (Ozdinc et al., 2023). Neste contexto, o respeito pela privacidade física do doente crítico é de especial relevância não só pela sua condição clínica como pela estrutura orgânico-funcional das unidades (Tajdari et al., 2022).

A Humanização dos cuidados constitui-se como um dever e responsabilidade profissional (OE, 2015b) e na pessoa em situação crítica assume-se como um desafio para os enfermeiros de cuidados intensivos pelo ambiente tecnológico complexo das unidades. A primazia da abordagem técnica em relação à abordagem afetiva do doente pode comprometer os cuidados de enfermagem. Para Rocha (2023), o processo de cuidar, neste contexto, deve torna-se indissociável da Humanização, pois engloba aspetos relativos à qualidade e ao compromisso ético de considerar a pessoa na sua totalidade.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Prevê-se que o grau de Mestre seja concedido a quem demonstrar "saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo" (ESSNorteCVP, 2022, p.3174).

De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), as competências Comuns do Enfermeiro Especialista para o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade pressupõem que o enfermeiro garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e que desenvolva

práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro.

O Enfermeiro Especialista, dentro da sua competência e responsabilidade, centra a gestão do ambiente na pessoa no sentido da efetividade terapêutica e na prevenção de incidentes, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Neste sentido, no decurso do estágio na UCIP identificaram-se algumas dificuldades e práticas suscetíveis de melhoria, nomeadamente a escassez de normas e protocolos de apoio à tomada de decisão clínica, a inexistência de uma plataforma informática de registo dos cuidados de enfermagem, o armazenamento dos medicamentos de alerta máximo junto dos restantes medicamentos no *stock* de apoio e a ausência de um método padronizado na transferência da informação.

A existência de protocolos e normas orientadoras constitui-se como um apoio à tomada de decisão do enfermeiro, possibilita a prestação de cuidados padronizados de acordo com a evidência científica, permite a correção de não conformidades e proporciona a melhoria contínua e a segurança dos cuidados (Sales et al., 2018). Deste modo, a criação e atualização de documentos e procedimentos nos contextos traz benefícios para o exercício profissional. Por forma a promover a melhoria contínua dos cuidados e a desenvolver as boas praticas na UCIP colaborou-se na elaboração de dois documentos, com base nas necessidades do serviço, o Procedimento Específico - Cuidados ao Doente com Dreno Torácico (Anexo I) e o Procedimento Específico - Cuidados de Enfermagem na Incontinência Fecal do Doente Crítico com Sonda Flexi Seal® (Anexo II), sustentados na melhor evidência científica, aprovados pela direção do serviço e incluídos, atualmente, no Manual da Qualidade da UCIP.

Como oportunidade de melhoria foi sugerido à equipa a elaboração de um manual de integração e acolhimento para novos elementos como estratégia facilitadora do processo de adaptação e de aprendizagem, havendo abertura para a sua concretização num futuro próximo. O processo de integração profissional deve contribuir para a perceção do conjunto de normas, objetivos e valores estabelecidos na instituição, ser estruturado e organizado, de modo a facilitar a adaptação e o desenvolvimento das competências exigidas para o exercício profissional naquele contexto e, consequentemente, a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2020).

A inexistência de uma plataforma informática apropriada para o registo dos cuidados de enfermagem constitui-se como uma ameaça à segurança dos dados e da informação, os registos de enfermagem eram realizados de forma híbrida, numa folha de cálculo do

Microsoft Excel e guardados em formato PDF a cada 24H e a restante documentação (a escala de *Braden,* o índice Therapeutic Intervention Scoring System - TISS 28 e o registo de feridas e dispositivos) era arquivada no processo, em capa própria existente na unidade de cada doente. Esta prática não era de todo segura, pois comprometia a continuidade dos cuidados, prejudicava a comunicação e a tomada de decisão clínica. Para Rosinhas et al. (2020), os enfermeiros em cuidados intensivos necessitam de tomar decisões assertivas e rápidas, de forma a antecipar os focos de instabilidade, e ao mesmo tempo trabalhar com sofisticada monitorização em doentes em risco de vida. Os Sistemas de Informação em Enfermagem são cruciais não apenas pelo suporte à decisão clínica como para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo aos enfermeiros tomar decisões com base no conhecimento baseado na evidência e não na intuição (Rosinhas et al., 2020). Como futura enfermeira especialista, utilizou-se como estratégia na garantia da segurança e qualidade do planeamento e gestão dos cuidados à pessoa e família, a pesquisa exaustiva dos dados processuais que permitiam dar continuidade aos cuidados prestados e, assim, diminuir a probabilidade de ocorrência de incidentes.

Neste momento de estágio foi identificado o armazenamento dos medicamentos de alerta máximo no serviço como aspeto suscetível a otimizar, uma vez que os mesmos fazem parte do *stock* de apoio, armazenados por ordem alfabética junto dos restantes medicamentos não cumprindo as recomendações da vigente Norma nº 014/2015 de 6 de agosto (DGS, 2015a). Neste âmbito, foi proposto realizar formação à equipa no sentido de melhorar as práticas e garantir a segurança do medicamento e, consequentemente, do doente. No entanto, esta proposta não foi aceite por haver um elemento da equipa responsável pela organização da medicação. A medicação de alerta máximo evidencia uma componente promotora do restabelecimento do estado de saúde da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos, mas também um potencial elevado para causar dano ou morte, quando manuseada de forma insegura e incorreta, em qualquer uma das várias etapas que compõe todo o processo de utilização (Carmo & Santiago, 2022). Sensível a esta temática, a Direção-Geral da Saúde (DGS), no mais recente PNSD 2021-2026, no seu quinto pilar visa práticas seguras em ambientes seguros e a implementação de práticas relacionadas com a segurança da medicação constitui uma das ações para lhe dar cumprimento (DGS, 2022a). O enfermeiro especialista, detentor do conhecimento baseado na mais recente evidência científica e responsável por desenvolver práticas seguras e de qualidade com vista à melhoria contínua, desempenha um papel crucial dentro da equipa na consciencialização da importância da adesão a práticas corretas em todo o processo de utilização da medicação.

A comunicação eficaz é de vital importância no momento da transferência de responsabilidade, da passagem de informação e na transição dos cuidados entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a qualidade e a segurança das práticas (DGS, 2022a). A DGS, através do PNSD 2021-2026, dá prioridade a esta temática e a comunicação constitui o terceiro pilar deste plano, definindo como um dos objetivos estratégicos melhorar a comunicação e a segurança no processo de transição de cuidados (DGS, 2022a). Na UCIP não está protocolizado qualquer método ou técnica de padronização da comunicação nos momentos da transição de cuidados. Nestes contextos, onde existe maior complexidade de doentes e interdependência das ações para a continuidade dos cuidados, é crucial que a comunicação entre a equipa seja realizada de forma organizada e sem interrupções, recorrendo a formas assertivas e padronizadas de comunicação (Araujo et al., 2020).

A DGS recomenda a utilização da técnica ISBAR nos momentos de transição de informação em todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017a). Este método é reconhecido por promover a segurança do doente ao possibilitar a padronização da comunicação em situações de transição de cuidados. A mnemónica ISBAR é caracterizada por ser clara, concisa, flexível e simples e por ter a seguinte correspondência: I – Identificação; S – Situação Atual; B – Antecedentes; A – Avaliação e R – Recomendações (Ramos & Cunha, 2022). Deste modo, nos momentos de transferência de informação, baseou-se a comunicação nesta metodologia contribuindo para o desenvolvimento desta competência específica e procurou-se sensibilizar a equipa para a relevância desta temática, sugerindo-se, como ação de melhoria, a implementação futura desta ferramenta nos momentos da transição de cuidados no sentido de assegurar uma comunicação mais eficaz e reduzir a ocorrência de eventos de segurança do doente.

Face ao exposto, pode afirmar-se que o objetivo específico proposto para este primeiro momento de estágio: mobilizar conhecimentos e garantir um papel dinamizador na área da qualidade e segurança e tendo em conta a melhoria contínua, foi cumprido na totalidade.

Na UPCIRA, a necessidade de atualização do conhecimento é um imperativo diário. As inúmeras Normas e Circulares Normativas, Orientações e Recomendações publicadas são vertidas em documentos Institucionais, sob a forma de procedimentos, gerais ou específicos, ou informações gerais. A articulação e a comunicação constante com os serviços clínicos, bem como, os *debriefings* semanais realizados com a enfermeira gestora e a restante equipa constituíram-se momentos de elevada partilha de conhecimento, que induziam à necessidade de permanente leitura e pesquisa documental atualizada para garantir um papel dinamizador, seguro e responsivo dentro da equipa.

Os profissionais das Unidades Locais da UPCIRA desempenham um papel essencial e central na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, fornecendo aos colaboradores conhecimentos, aconselhamento, suporte e fortes orientações para a prevenção e controlo das IACS (Ferreira, 2019). O enfermeiro especialista é o profissional mais versado para dar resposta a estes desígnios, pois o seu perfil técnico e científico permiti-lhe delinear e implementar iniciativas estratégicas eficazes, e de elevada qualidade, na área da prevenção das IACS.

De forma a contribuir para o desenvolvimento de práticas promotoras de qualidade e segurança e promover a aquisição e partilha de conhecimento dentro da equipa, com vista à melhoria continua, realizou-se uma ação de formação, baseada na melhor evidência científica, com o tema "A higiene oral no doente intubado como medida preventiva da Pneumonia Associada à Intubação. O que nos diz a evidência?" (Anexo III), partindo dos pressupostos da mais recente Norma Clínica 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 – "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da PAI (DGS, 2022b). Este trabalho foi apresentado em dois momentos à equipa, de enfermagem e médica, e constitui-se como base para a futura elaboração de um Procedimento Geral da Instituição sobre a Higiene Oral no Doente Intubado.

Neste contexto de estágio surgiu a oportunidade de participar, como formadora, na formação Institucional intitulada "Curso de Integração de Assistentes Operacionais", aos novos colaboradores do Centro Hospitalar, com a duração total de 8H. Este momento formativo permitiu promover o potencial máximo deste novo grupo de profissionais nas PBCI, nas IACS e nas infeções cruzadas. O papel dinamizador do enfermeiro especialista torna-se vital na disseminação e partilha de conhecimento com os restantes profissionais, no sentido da promoção de práticas seguras e de qualidade. Para Teixeira et al. (2019), todos os profissionais devem estar comprometidos com o controlo de infeção hospitalar, independentemente das atividades que desempenham, pois são eles o maior valor das instituições, dotados de conhecimentos, experiências, habilidades e motivação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Também houve a possibilidade de integrar, como formanda, o Curso Prevenção e Controlo de Infeção aos Enfermeiros Elos Dinamizadores da UPCIRA, com 35H de formação. Este curso constituiu uma mais-valia neste contexto, pois permitiu o desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes na prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos, contribuindo de forma efetiva para a melhoria contínua das práticas.

Durante o estágio foi possível assistir a um momento formativo informal, proporcionado pelo representante da *Oxipharm,* sobre a Nebulização com Peróxido de Hidrogénio. Esta formação foi profícua e pertinente, contribuindo para a capacitação da sua utilização nos contextos da prática clínica. Foi sugerido à equipa, neste âmbito, a realização de uma Instrução de Trabalho sobre este método de desinfeção, no entanto a proposta não foi aceite por estes documentos terem de ser elaborados pela própria equipa.

Tal como expendido, pode admitir-se o cumprimento do objetivo especifico definido para este momento de estágio: promover a aquisição e partilha de conhecimentos, com base na melhor evidência científica, que visem intervenções de melhoria de qualidade, tendo por base o diagnóstico de necessidades sugeridas pela UPCIRA.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O grau de mestre é atribuído a quem demonstrar capacidade de comunicar os seus conhecimentos, raciocínios e conclusões a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, sem ambiguidades e de forma clara (ESSNorteCVP, 2022). A comunicação emerge como uma estratégia fundamental na gestão dos cuidados e na articulação com a equipa.

As competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da Gestão dos Cuidados são a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Durante o percurso de estágio na UCIP foi possível acompanhar durante um turno o enfermeiro especialista nomeado para funções de gestão da unidade (Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, 2019) na organização e planeamento dos recursos humanos, dos equipamentos, do material de consumo clínico e farmacêutico, com o desígnio de concretizar um dos objetivos específicos definidos inicialmente para este momento de estágio: adquirir competências no domínio da liderança e gestão dos cuidados, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos e tendo por base os padrões de qualidade.

Pelo ambiente complexo e imprevisível das UCI, o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante no domínio da gestão de cuidados com o intuito de garantir a qualidade e a segurança dos mesmos. Deste modo, coordena os recursos humanos, de

enfermagem e assistentes operacionais, supervisiona as tarefas delegadas, participa nos processos de tomada de decisão e garante a correta gestão de conflitos entre a equipa de saúde. Provido de singular proficiência ao nível da comunicação efetiva, com os pares e interprofissional, e da liderança conforme as situações, pressupõe-se que o enfermeiro especialista, neste domínio, ajuste os recursos de forma eficiente às necessidades, promova o trabalho colaborativo e estimule o ambiente de trabalho saudável nos contextos. Para Teixeira et al. (2020), os comportamentos de liderança, independentemente do nível hierárquico, devem assumir a responsabilidade de incitar ambientes que influenciem positivamente os enfermeiros. Uma liderança baseada na inteligência emocional, com motivação através de emoções positivas, é crucial na criação de ambientes saudáveis e propulsores de empoderamento da equipa, aumentando o comprometimento organizacional e a satisfação profissional (Teixeira et al., 2020).

Neste percurso procurou-se refletir criticamente sobre as tomadas de decisão do enfermeiro em funções de gestão e cooperar, de forma diligente, na organização e adequação dos recursos na unidade, recorrendo à consulta de legislação e procedimentos vigentes. Em cada turno, sempre que possível, era cumprida a recomendação da OE na atribuição do enfermeiro responsável de turno a um enfermeiro especialista. Segundo a OE, trata-se do profissional que, dentro das suas competências inerentes à sua área de especialidade, é líder do conhecimento técnico e científico, detentor de aptidões e capacidades centradas no core da disciplina e na cultura organizacional e dos contextos da pratica clínica, permitindo-lhe prevenir complicações, antecipar soluções às necessidades em cuidados e promover práticas adequadas e seguras (OE, 2017).

Neste contexto de estágio também foi possível acompanhar o enfermeiro em funções de gestão na coordenação criteriosa dos materiais, dos fármacos e dos equipamentos, evidenciando-se a relevância desta função na organização e dinâmica do serviço, no sentido de evitar a sua escassez, bem como impedir o uso e consumo inadequado dos recursos.

Durante este momento de estágio, verificou-se que o serviço não dispõe de uma ferramenta para registo das ocorrências em cada turno, pelo enfermeiro responsável/gestor, o que pode comprometer a continuidade e a organização dos cuidados e, desse modo, a segurança do doente. Para Sousa et al. (2019) a qualidade da informação partilhada na continuidade dos cuidados está associada à melhoria contínua da qualidade dos mesmos, constituindo-se como um aspeto fulcral na dinâmica dos cuidados de enfermagem e, de modo consequente, nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Na UPCIRA, as competências de liderança, gestão e comunicação do enfermeiro especialista assumem particular destaque neste contexto de cuidados, constituindo-se como líderes na tomada de posição, na sensibilização das equipas de saúde e na implementação de medidas institucionais de prevenção e controlo de infeção. Esta premissa é corroborada por Alexandre & Carreiro (2019), os autores defendem que o enfermeiro do controlo de infeção assume um papel primordial, ativo e dinâmico na tomada de decisão dentro da equipa de saúde, garantindo práticas de prevenção e controlo de infeção seguras e eficazes, com base na melhor evidência.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O grau de mestre é conferido aos que manifestem competências de aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma e auto-orientada e, também, possuam a capacidade de compreensão e conhecimentos a um nível que os aprofunde e desenvolva, sustentado nos conhecimentos ao nível do primeiro ciclo, e constitua a base de desenvolvimentos e aplicações originais, designadamente em contextos de investigação (ESSNorteCVP, 2022).

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, pela autoconsciência e pela gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional, constitui uma das competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais definidas pela OE (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A especificidade e complexidade das UCI podem ser indutoras de elevados níveis de *stress* e desgaste, bem como incitar situações de conflitos pessoais e interprofissionais. O enfermeiro especialista deve possuir autoconsciência dos seus recursos e limitações pessoais e profissionais, gerir as suas emoções e sentimentos, bem como utilizar técnicas eficazes de resolução de conflitos de modo a responder proficientemente nestas circunstâncias (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Para Correia (2020), os profissionais de saúde que trabalham em UCI lidam frequentemente com situações de *stress*, dor, más notícias e morte que induzem a ativação de estratégias cognitivas e emocionais de *coping* de modo a adaptarem-se e a ultrapassarem os conflitos e as mudanças internas e externas que ocorrem. Algumas destas estratégias consistem na resolução planeada do problema, na aceitação das responsabilidades, no autocontrolo, na procura de ajuda a na reavaliação positiva (Correia, 2020).

A gestão de conflitos está inerente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à envolvência tecnológica do meio, neste contexto espera-se que o enfermeiro tenha como alicerces basilares a capacidade, o conhecimento, a habilidade e atitudes necessárias para regular e gerir estes eventos emocionais (Sousa et al., 2020). A Inteligência Emocional é uma capacidade que deve ser trabalhada neste contexto pelos profissionais, no sentido da melhor compreensão e gestão dos seus sentimentos e pensamentos, bem como pela influência positiva na comunicação interpessoal (Sousa et al., 2020). A complexidade das UCI impõe uma capacidade comunicativa e uma prática colaborativa multiprofissional na resolução de eventuais conflitos, constituindo-se como elementos essenciais na promoção e otimização dos resultados positivos na Pessoa (Teixeira & Vieira, 2020).

Como futura enfermeira especialista, neste momento de estágio, procurou-se adotar uma conduta assertiva e autoconsciente nas diversas situações geradoras de *stress* e desconforto, utilizando estratégias emocionais, cognitivas e comunicacionais na resolução dos conflitos pessoais e interprofissionais, tendo sempre como foco a segurança e a qualidade das práticas.

Na UPCIRA, pela inerência das funções, exige-se do enfermeiro uma postura segura, resiliente, autoconfiante e com respostas rápidas e eficientes às situações de eventuais conflitos e pressões nos contextos da prática e dentro da equipa. O enfermeiro especialista é detentor de conhecimento, de habilidades emocionais e de atitudes que norteiam a sua conduta, constituindo-se uma referência dentro da equipa e a nível institucional.

Outra das competências do enfermeiro especialista no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais consiste em basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, alicerçando os seus processos de tomada de decisão e a sua atuação em conhecimento valido e atual, assumindo-se como facilitador do processo de aprendizagem e um percursor na área da investigação (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No decorrer do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II foi frequente a consulta e partilha de literatura atualizada e pertinente, com os enfermeiros tutores, com o intuito de esclarecer eventuais dúvidas existentes. Durante este período, procurou-se integrar os conhecimentos teóricos, práticos e científicos adquiridos na componente teórica do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, baseando as práticas na melhor evidência científica. A prática baseada na evidência tem o intuito de transformar o conhecimento produzido em

informação segura para a tomada de decisão dos enfermeiros, visando associar as evidências às preferências da pessoa e família e à expertise profissional (Camargo et al., 2021).

Neste domínio, promoveu-se a formação oportuna, baseada nas necessidades formativas dos contextos da prática clínica, estimulando a aprendizagem e o desenvolvimento de competências e habilidades na equipa de enfermagem. No contexto do estágio na UPCIRA realizou-se formação à equipa multidisciplinar em dois momentos distintos, conforme descrito anteriormente, com o tema "A higiene oral no doente intubado como medida preventiva da Pneumonia Associada à Intubação. O que nos diz a evidência?", com o intuito de fomentar a partilha de conhecimento e favorecer a aprendizagem sobre a temática. Este trabalho também foi apresentado, no formato de póster científico, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção CICI2023, realizado On-Line nos dias 30 e 31 de março de 2023, tendo-lhe sido atribuído o segundo prémio (Anexo IV). Ainda dentro da temática, foi elaborado um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado "Procedimento de higiene oral no doente intubado em contexto de Cuidados Intensivos" e apresentado, no formato de comunicação oral, no Congresso de Enfermagem Intensiva CEMI23 – Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica, que se realizou nos dias 22, 23 e 24 de março de 2023 (Anexo V). Neste evento científico, integrou a Comissão Organizadora (Anexo VI).

De destacar, o percurso desenvolvido simultaneamente aos estágios em contexto da prática clínica com o propósito da valorização do estudo de investigação realizado e explanado na segunda parte deste relatório, bem como da divulgação do conhecimento cientifico produzido. Neste âmbito, apresentou a comunicação oral "Notificação de Eventos de Segurança do Doente na Perspetiva dos Enfermeiros", na VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração, realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023 (Anexo VII) e participou no mesmo evento, em coautoria, com a comunicação oral "Cultura de Segurança: a Comunicação de Eventos Adversos na Perspetiva dos Enfermeiros" (Anexo VIII). Ainda nesta Conferência, também participou no *workshop* "Protocolo de *Scoping Review*" (Anexo IX) e no *workshop* "Escrita Científica de Artigos" (Anexo X), no sentido de adquirir competências diferenciadas no domínio da investigação e da partilha de informação baseada na melhor evidência científica.

Na II Convenção Internacional dos Enfermeiros, que se realizou nos dias 10 e 11 de maio de 2023, apresentou o trabalho intitulado "Cultura de Segurança do Doente: a aprendizagem organizacional e a resposta ao erro na perspetiva dos profissionais" (Anexo XI), no formato de comunicação oral, e participou na mesma Convenção com a comunicação oral "Perceção

dos Profissionais de Saúde sobre Cultura de Segurança do Doente em dois Centros Hospitalares de Portugal", em coautoria (Anexo XII).

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

Os cuidados de saúde cada vez mais complexos e exigentes, com permanente desenvolvimento técnico e científico, incitam cuidados de enfermagem mais especializados em áreas emergentes (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). Neste sentido, torna-se relevante refletir sobre a consecução e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Critica nos dois momentos de estágio, tendo-se em consideração a tomada de decisão em cada contexto, a análise crítica dos objetivos de nível avançado inicialmente definidos e o tema central da componente de investigação.

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

O enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica presta cuidados altamente qualificados e diferenciados à pessoa e família/cuidador a experienciarem processos complexos de situação crítica e/ou falência orgânica, de forma holística e contínua, mobilizando múltiplas aptidões e conhecimentos (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

No decurso do estágio no contexto de UCIP foi possível otimizar esta competência específica ao executar cuidados técnicos altamente especializados a doentes do foro médico-cirúrgico em falência multiorgânica. Deste modo, e no sentido de antecipar focos de instabilidade e atuar segundo protocolos terapêuticos complexos, foi possível prestar cuidados a doentes neurocríticos sob neuromonitorização avançada, nomeadamente a avaliação da pressão intracraniana (PIC), da pressão de perfusão cerebral (PPC) e do índice bispectral (BIS), e com derivação ventricular externa (DVE), instituindo medidas neuroprotetoras de forma a evitar a lesão cerebral secundária. Nos doentes com elevada instabilidade hemodinâmica foi possível aperfeiçoar competências no manuseamento do sistema de monitorização invasivo PiCCO (Pulse index Continuous Cardiac Output), antecipando os cuidados com base na correta interpretação dos resultados. Nos doentes com lesão renal aguda, com necessidade de terapia contínua de substituição da função renal, foi possível ter um papel dinâmico e interventivo na organização dos materiais e equipamentos

para dar início à técnica, bem como na sua manutenção, evidenciando capacidade de resolução das complicações associadas à mesma.

Outras oportunidades de aperfeiçoamento e aprendizagem eclodiram neste contexto, designadamente a prestação de cuidados complexos a doentes sedados, analgesiados e curarizados, com perfusão simultânea de múltiplos fármacos; submetidos a oxigenoterapia por cânulas nasais de alto fluxo ou a ventilação invasiva/ não invasiva (por diferentes interfaces e em modos ventilatórios variados); sob protocolos terapêuticos de nutrição parentérica e/ou entérica; com avaliação da pressão intra-abdominal (PIA); com feridas traumáticas e cirúrgicas complexas e com recurso a terapia de feridas por pressão negativa; com sistema de drenagem torácica; com dispositivo de controlo da incontinência fecal ou com equipamento de compressão pneumática intermitente dos membros inferiores. Neste período, colaborou-se também na realização de procedimentos como a traqueotomia percutânea, a broncofibroscopia, a paracentese, a punção lombar e na colocação dos diferentes dispositivos: linha arterial, cateter venoso central e drenos torácicos. Nestas circunstâncias pressupõe-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Critica detete precocemente os focos de instabilidade e identifique as complicações de forma a planear e executar os cuidados técnicos complexos em tempo útil e de modo eficiente, com recurso a protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Durante este momento de estágio também foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados diferenciados ao potencial dador de órgãos em morte cerebral. Pelos inúmeros eventos fisiopatológicos que ocorrem nestes doentes, a instabilidade hemodinâmica e a disfunção cardiovascular constituem o padrão clínico principal da maior parte dos doentes em morte cerebral, tornando-se essencial a gestão minuciosa destes doentes de modo a garantir a qualidade dos órgãos destinados à transplantação (EDQM,2022; IPST, 2013). Deste modo, a monitorização circunstanciada destes doentes é importante para detetar e corrigir os sinais de choque (disfunção cardíaca, hipotensão), anomalias metabólicas e endócrinas como alterações da glicémia e iónicas, bem como impedir a hipotermia (o recomendado é acima dos 35°C) (EDQM, 2022; IPST, 2013). O Enfermeiro especialista desempenha um papel primordial neste domínio da manutenção hemodinâmica do potencial dador, pois é detentor do conhecimento técnico e cientifico que lhe permite uma atuação eficaz, oportuna e útil. A relevância da equipa de enfermagem nesta circunstância é asseverada na revisão sistemática da literatura de YazdiMoghaddam et al. (2020), os autores afirmam que os enfermeiros como são os profissionais presentes em todas

as fases do processo e são os responsáveis por assegurar a estabilidade hemodinâmica da pessoa, necessitam de formação nesta área que lhes permita prestar cuidados de forma holística e garantir a viabilidade dos órgãos do potencial dador.

A identificação das evidências fisiológicas e emocionais do desconforto, a gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor e a capacidade de gerir as situações de sedoanalgesia são competências na otimização da gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Na UCIP era uma preocupação da equipa assegurar medidas de controlo da dor no doente com alterações do estado de consciência. Cerca de 77% dos doentes sentem dor durante o internamento em cuidados intensivos, podendo estar associada à intubação, à presença da traqueotomia, à aspiração de secreções, ao posicionamento, às punções arteriais e venosas e às feridas (Jamal et al., 2023). O subtratamento da dor pode induzir a graves efeitos fisiológicos e psicológicos como a ansiedade, a privação de sono, a agitação, o *delirium* e a depressão (Jamal et al., 2023). As lesões cerebrais, as alterações cognitivas, a sedação e a presença de suporte ventilatório, nas unidades de cuidados intensivos, são condições que impossibilitam a verbalização da dor e dificultam a sua avaliação (Cunha et al, 2020). Neste contexto é importante a avaliação da dor através de escalas comportamentais fundamentadas em características objetivas e clinicamente observáveis que indiciam a presença ou aparente ausência de dor (Cunha et al, 2020). A Escala de Comportamentos Indicadores da Dor (ESCID) era a ferramenta utilizada na UCIP para a avaliação da dor no doente sedoanalgesiado e incapaz de verbalizar a seu desconforto. Esta escala avalia cinco indicadores comportamentais, como a musculatura facial, a tranquilidade, o tónus muscular, a adaptação ventilatória e o conforto e é classificada de zero a dez, em que a dor superior a seis é considerada dor intensa (Souza et al., 2019). Apesar da utilização da ESCID em algumas UCI a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomenda a utilização da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) nos doentes que não comunicam, que estão sedados e analgesidos (Cunha et al, 2020; SPCI, 2011).

Para além das medidas farmacológicas de controlo da dor, procurou-se instituir medidas de conforto, não farmacológicas, como a massagem terapêutica, o posicionamento regular, a hidratação da pele e das mucosas, o ambiente calmo e tranquilo, a comunicação serena e o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa, bem como estimular o envolvimento da família em todo o processo.

Outra importante ferramenta utilizada nos cuidados intensivos foi a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), validada para a população portuguesa em 2008 (Nassar Junior et al., 2008). Este instrumento é de elevada relevância para a otimização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pois certifica o nível da consciência, avaliando a profundidade e a qualidade da sedação. No doente com suspeita de *delirium* a avaliação da RASS constitui a primeira parte do exame neurológico e a avaliação do conteúdo da consciência através Confusion *Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) constitui a segunda parte, pois só pode realizar-se quando o doente se encontra despertável (Vieira et al., 2020). O enfermeiro especialista tem um papel fulcral na prevenção e deteção precoce de sinais de *delirium* na pessoa em situação crítica, devendo incidir as suas ações na monitorização dos três fatores precipitantes: sedação, privação do sono e imobilização (Vieira et al, 2020).

Neste contexto de estágio também constituía uma prática diária avaliar o risco de úlcera por pressão através da utilização da Escala de *Braden.* Esta avaliação permitia planear de forma sistematizada os cuidados a instituir no tratamento e prevenção das lesões por pressão, constituindo um importante indicador de qualidade em saúde (DGS, 2011a).

Para Meleis (2010) a pessoa em situação crítica vivencia uma situação de transição saúde/doença induzida por circunstâncias críticas e por alterações na pessoa e/ou no ambiente. O Enfermeiro assume um papel determinante na avaliação, planeamento e implementação dos cuidados facilitadores deste processo de transição, constituindo-se um agente indutor do progresso e da garantia do bem-estar da pessoa/família (Meleis, 2010). Neste contexto, procurou-se valorizar o processo de comunicação com a pessoa e família no sentido de garantir uma relação terapêutica eficiente e favorecer a adaptação ao processo de transição, através da utilização de conhecimentos e técnicas facilitadoras da comunicação e do recurso a habilidades de relação de ajuda (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). Tal como já referido anteriormente, a comunicação nas UCI torna-se crucial para a humanização dos cuidados e para a relação enfermeiro e pessoa/família não se diluir no ambiente altamente tecnológico destes contextos. A comunicação efetiva pode ter resultados positivos no doente, como a redução do tempo de internamento, e na família, especialmente na satisfação dos cuidados prestados, e deverá envolver alguns domínios como a decisão partilhada, as preocupações sobre os aspetos funcionais e a qualidade de vida e as relações de suporte (Freixo et al., 2020). Como estratégias facilitadoras procurou-se estabelecer uma comunicação inequívoca, de fácil compreensão e clara, dando espaço à pessoa e família para expressarem as suas incertezas e preocupações. Nos momentos da visita garantiu-se um ambiente de maior proximidade entre a pessoa e família, através da

adoção de simples medidas como o descer das grades da cama e a colocação da cama a uma altura cómoda para os familiares.

Face ao exposto, pode concluir-se que o objetivo específico inicialmente estabelecido para este momento de estágio, desenvolver competências na assistência à pessoa, família/pessoa significativa em situação crítica e/ou falência orgânica, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica, foi cumprido na totalidade. Tal como as atividades definidas para lhe dar cumprimento: execução de cuidados técnicos de alta complexidade, diagnosticando precocemente as complicações e adequando a tecnologia e os recursos às necessidades da pessoa; prestação de cuidados que garantam a aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como protocolos de monitorização invasiva, técnicas de substituição renal, sedação, gestão da dor, entre outros e o envolvimento da família/pessoa significativa no processo de transição saúde/doença tendo em consideração a humanização do ambiente e as suas necessidades, estabelecendo uma relação empática e de ajuda e aplicando estratégias facilitadoras da comunicação.

3.2. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica garante uma resposta eficiente na prevenção e controlo de infeção tendo em consideração o risco de infeção existente nos contextos de elevada complexidade de cuidados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

As IACS constituem um importante problema de saúde pública à escala mundial, com elevados custos financeiros, económicos, sociais e individuais associados, representando uma ameaça à segurança e qualidade dos cuidados de saúde (Gonçalves & Carmo, 2022). Estas infeções são a maior causa de morte nas UCI, com taxas de mortalidade de 60%, correspondendo a cerca de 40% do total dos gastos nestes serviços (Pereira, 2020).

A presença de dispositivos invasivos, o elevado número de procedimentos e a condição do doente, torna as UCI um local de alto risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes. Neste sentido, recorreu-se ao cumprimento das PBCI (DGS, 2013) na abordagem à pessoa em situação crítica, na UCI, sempre com uma postura

pró-ativa e crítico reflexivo em todos os momentos, procurando ser uma referência dentro da equipa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Na alocação dos doentes no contexto da prática clínica procurou-se ter em consideração a avaliação do risco individual para a transmissão cruzada de infeção. Nos doentes oriundos de outra instituição de saúde ou com suspeita/ confirmação de infeções transmitidas por contacto, gotículas ou via aérea era privilegiado o isolamento em quarto individual e colocada sinalética de identificação do tipo de isolamento. Esta foi uma estratégia adotada pelo grupo local da UPCIRA, que permite identificar facilmente qual o tipo de medidas de proteção que devem ser instituídas para aquele isolamento.

A higienização das mãos constituiu-se como uma prioridade em todos os momentos da prestação de cuidados e foi notória a importância atribuída pela equipa a este procedimento. Esta medida eficaz, prática e simples era facilitada pela presença de dispensadores de solução antissética de base alcoólica (SABA) em cada unidade do doente e em locais estratégicos no serviço, bem como pela presença de lavatórios em cada quarto. As mãos constituem uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre profissionais e doentes, na maioria das situações são o veículo para a transmissão cruzada da infeção da pele do doente para as mucosas ou para outros locais estéreis do corpo e do ambiente contaminado ou de outros doentes (DGS, 2019). A higienização das mãos constitui um dever ético e deontológico dos profissionais, de acordo com o modelo dos 5 momentos recomendado pela OMS, e é das formas mais eficazes de quebrar a cadeia de transmissão (DGS, 2019; Pereira, 2020).

A utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na abordagem à pessoa em situação critica também contribuiu para a prevenção da transmissão cruzada dos microrganismos. Os aventais/batas, máscaras, luvas, toucas, protetores oculares e de sapatos estavam sempre acessíveis, perto da unidade do doente, em pequena quantidade, no sentido do uso criterioso de cada EPI conforme o procedimento ou o tipo de isolamento, protetor ou de contenção (DGS, 2013; DGS, 2015b; DGS, 2019). Nos casos de infeções por microrganismo epidemiologicamente importantes (DGS, 2022c; Pereira, 2020) contribuiu-se para a sensibilização/discussão da problemática com a equipa e adoção de medidas gerais de contenção da infeção através do cumprimento das PBVT (via área, gotículas ou contacto) como: o isolamento preferencial dos doentes em quarto individual ou, nessa impossibilidade, reagrupa-los com o mesmo microrganismo ou usar biombos a delimitar a área de isolamento; o uso de sinalética a identificar o tipo de isolamento; a utilização de material dedicado exclusivamente à unidade do doente (caixote com tampa para os resíduos e roupa, luvas,

batas de proteção, material de higiene, maquina de glicemia, seringa *cuff,* estetoscópio) e aquando a transferência do doente alertar o serviço recetor da problemática.

Pela multiplicidade de dispositivos invasivos nas UCI (tubo endotraqueal, cateter vesical, cateter venoso central) e das IACS associadas aos mesmos, torna-se crucial planear os cuidados e atuar de acordo com a melhor evidência cientifica disponível no sentido da prevenção deste tipo de infeções: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da PAI (DGS, 2022b); "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022d); "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022e) e "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS, 2022f). O PNSD 2021-2026 dá enfoque a esta questão e um dos objetivos estratégicos consiste em reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM), através da implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS nos serviços (DGS, 2022a). Na UCIP estava instituído o "Feixe de Intervenções" de Prevenção da PAI, em cada turno era realizado o registo das intervenções que lhe davam cumprimento e a UPCIRA monitorizava os dados. Ainda neste âmbito foi sugerido à equipa, como proposta de melhoria, a realização do banho pré cirúrgico com clorexidina (2 a 4%), sempre que possível, na véspera e no dia da cirurgia como uma das medidas de prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS, 2022f), existindo abertura por parte da equipa na ponderação da sua implementação.

Outras medidas foram tidas em consideração ao longo deste percurso, como o cumprimento das recomendações da descontaminação dos materiais e equipamentos; a supervisão do processo de higienização ambiental e das superfícies, pela consulta dos procedimentos instituídos e das recomendações vigentes; a garantia do uso e acondicionamento seguro da roupa, bem como o cumprimento da correta triagem, armazenamento e recolha dos resíduos (DGS, 2013), com o objetivo de garantir cuidados mais seguros e de qualidade.

Na UPCIRA esta competência específica foi potenciada, uma vez que foi possível realizar a vigilância epidemiológica diária das IACS, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos alerta e microrganismos problema (DGS, 2022c), acompanhar o tutor na elaboração de procedimentos técnicos de enfermagem a implementar nos serviços clínicos e monitorizar/auditar a implementação dos mesmos, garantir praticas de isolamento nos contextos para a contenção de microrganismos multirresistentes, nomeadamente a gestão dos recursos físicos de acordo com o risco de transmissão e promover e corrigir praticas de prevenção e controlo de infeção nos serviços clínicos, designadamente o uso de EPI, a

higienização das mãos e das superfícies (controlo ambiental). Para assumir este papel dinâmico, completo e seguro, e dar resposta dentro da equipa, foi necessária a constante atualização e leitura de normas e orientações locais e nacionais, bem como dos procedimentos gerais e específicos da UPCIRA. Outro contributo muito positivo na aquisição e partilha de conhecimentos foram os momentos de *debriefings* semanais com toda a equipa, como já se referiu anteriormente, onde eram discutidos os problemas internos e as estratégias a adotar nos contextos clínicos face aos surtos de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos - ERC (DGS, 2017b), nomeadamente as unidades de coorte, alocação de recursos e rastreio de contactantes.

Durante este período também foi possível colaborar na assessoria técnica aos serviços e acompanhar a implementação do Plano Estratégico do Ministério da Saúde para a Resposta Sazonal em Saúde Inverno 2022-2023 (DGS, 2022g). Este Plano constituiu-se como uma orientação estratégica para as Unidades de Saúde saberem como proceder face às infeções do vírus *SARS-CoV-2* e das restantes infeções com elevada incidência na população durante o inverno, sendo composto por quatro eixos de ação: vigilância epidemiológica das infeções respiratórias e monitorização do sistema de saúde; medidas de prevenção e contenção; prestação de cuidados de saúde e comunicação e envolvimento da comunidade (DGS. 2022g).

Apesar de ainda ter experienciado a fase de Pandemia *Covid-19* e de existir uma elevada preocupação da equipa em manter uma resposta eficaz perante a continuidade da transmissão do vírus notou-se uma atenção especial com a transmissão dos microrganismos epidemiologicamente importantes, pois a sua incidência era superior ao expectável, nomeadamente surtos de ERC nos serviços. A avaliação do risco de transmissão de agentes infeciosos na admissão do doente, pelo médico responsável, era de primordial importância para proceder à implementação imediata das medidas de PBVT de forma a prevenir a transmissão cruzada da infeção de forma eficaz. Pela impossibilidade de garantir as medidas adequadas de isolamento, ou quando o rastreio não é realizado nas primeiras 24h, e o resultado é positivo, surge a necessidade de rastrear os contactantes e adotar medidas de isolamento de contacto nestes casos, o que traz dificuldades na gestão de recursos físicos, humanos e materiais. Constituía um procedimento geral a implementação de equipas dedicadas nos serviços, com um enfermeiro e um auxiliar, sempre que existam dois ou mais doentes internados positivos para ERC.

Esta Unidade Hospitalar mantém a adesão à Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI desde 2014, com recolha sistematizada e continua dos dados relativos aos três módulos que

a compõe: higiene das mãos, auditoria aos dez componentes ou PBCI e o uso de luvas (DGS, 2023). Atualmente, existe uma plataforma informática de registo que começou a ser implementada este ano no Hospital e que facilita este processo de observação e registo, até ao momento era realizado em papel, tendo sido possível colaborar na inserção dos resultados das auditorias na plataforma da DGS. Esta estratégia permite, através dos dados obtidos em cada contexto, aplicar ações de melhoria de processos e aumentar a qualidade e segurança dos cuidados, bem como proporcionar *benchmarking* nacional entre as várias Instituições, facilitando o processo de melhoria contínua da qualidade em Portugal (DGS, 2023).

A existência de um sistema de informação próprio para a monitorização da vigilância e controlo epidemiológico, designado por HEPIC, constituiu uma mais-valia, tendo sido possível colaborar na introdução de dados na plataforma, nomeadamente na realização de relatórios de infeção. Esta ferramenta permitia a interoperabilidade em tempo real com outros sistemas de informação, como o laboratório de microbiologia, serviços farmacêuticos, urgência e restantes serviços do hospital, enviando automaticamente para os serviços clínicos o alerta com o microrganismo detetado; a gestão do conjunto de dados dos microrganismos epidemiologicamente importantes; o cálculo e avaliação de taxas de incidência das infeções e conhecer as estatísticas de consumos de antibióticos. Para Ferreira (2019), é essencial a vigilância e monitorização epidemiológica para conhecer a dimensão real do problema e, deste modo, implementar ações corretivas, constituindo como uma ferramenta fundamental na prevenção e controlo das IACS.

Perante a exposição realizada pode concluir-se que o objetivo inicialmente delineado para este contexto da prática clínica foi alcançado: participar ativamente nas diferentes áreas de intervenção e monitorização das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

4. Considerações finais

O avanço do conhecimento e da tecnologia associada aos cuidados de saúde pressupõe recursos humanos cada vez mais especializados, com formação atual e diferenciada no sentido de garantir respostas eficazes às necessidades da pessoa e da população. Uma equipa de Enfermagem composta por elementos altamente qualificados, com conhecimento técnico-científico atualizado e com distintas habilidades contribui, garantidamente, para um ambiente de prestação de cuidados mais seguro e de qualidade.

A análise, descrição e reflexão das atividades realizadas nos dois contextos de estágio e agora expendidas neste relatório, tornaram-se essenciais na tomada de consciência do progresso realizado enquanto futura mestre e enfermeira especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Critica. As experiências vivenciadas permitiram concretizar os objetivos específicos definidos e constituíram o fundamento de uma prática de enfermagem avançada pelo desenvolvimento e aquisição de competências especializadas e pela implementação de cuidados diferenciados e em tempo útil à pessoa em situação crítica.

O interesse em alcançar novos saberes, o empenho, a determinação e a motivação nortearam a sua postura nestes dois momentos. Ao longo deste percurso também procurou ser uma referência dentro das equipas, detentora de conhecimento baseado na melhor evidência científica com o objetivo de prestar cuidados oportunos, de qualidade e em segurança. A elevada capacidade de tomada de decisão perante situações de alta complexidade, com base em conhecimento sustentado e segundo princípios ético-deontológicos, assim como a presença de apurado juízo critico-reflexivo integram as competências de um domínio avançado.

Ao terminar este percurso tem consciência que o investimento pessoal e profissional permitiu o seu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela expansão do conhecimento, aquisição de novas competências, tomada de decisão mais segura e visão individualizada e holística das necessidades da pessoa em situação crítica, assumindo-se, no futuro, como um agente percursor de mudança no contexto da prática clínica e, desse modo, contribuir para a humanização dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade e o avanço da Enfermagem.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A segurança do doente constitui uma componente essencial na garantia da qualidade em saúde, sendo uma prioridade de Governos e Instituições. Os profissionais nos contextos organizacionais são os responsáveis por garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde e a avaliação da perceção da CS é crucial para implementar mudanças comportamentais.

Objetivos: Descrever a cultura de segurança do doente (CSD) percecionada pelos profissionais de um Centro Hospitalar de Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Realizado num Centro Hospitalar da região centro, com uma amostra não-probabilística por conveniência constituída por 177 profissionais. A recolha de dados foi realizada através do preenchimento, digital, do questionário de avaliação da CSD desenvolvido a partir do Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®), versão 2.0, lançado em 2019 pela AHRQ, traduzido para a população portuguesa com autorização da AHRQ, em outubro de 2022, onde são avaliadas 10 dimensões da CSD. A análise estatística descritiva dos dados foi realizada de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao SPSS versão 24.

Resultados: Os participantes foram maioritariamente enfermeiros de cuidados gerais. A dimensão Trabalho em Equipa foi a dimensão com maior percentagem de respostas positivas (67,3%). As dimensões com positividade mais baixa, constituindo oportunidades de melhoria prioritária, foram as dimensões Equipa e Ritmo de Trabalho (40,6%), Resposta ao Erro (38,9%), Notificação de Eventos de Segurança do Doente (39,7%) e Apoio da Gestão Hospitalar na segurança do doente (39%).

Conclusão: Os resultados apresentados traduzem a necessidade de adotar estratégias de melhoria ao nível da CSD da Instituição. É fundamental o comprometimento da liderança da instituição com a SD, que privilegie as condições de trabalho dos profissionais e promova uma cultura de aprendizagem não punitiva, de aperfeiçoamento permanente e de reporte dos erros em prol da qualidade dos cuidados e da SD. Reconhecemos algumas limitações na investigação, nomeadamente, o tamanho da amostra o que condiciona a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Gestão de segurança; Hospital; Pessoal de saúde; Segurança do paciente

2. Abstract

Background: Patient safety is an essential component of quality assurance in healthcare and a priority of Governments and Institutions. Professionals in organizational settings are responsible for ensuring the quality and safety of health care and assessing the perception of safety culture (SC) is crucial to implementing behavioral changes.

Objectives: To describe patient safety culture (PSC) as perceived by the professionals of a Hospital Center in Portugal.

Methods: Descriptive study, of quantitative approach. Performed in a Hospital Center from the central region, with a non-probabilistic convenience sample made up of 177 professionals. Data was collected by filling out a digital patient safety questionnaire developed from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®), version 2.0, released in 2019 by AHRQ, translated into the Portuguese population with AHRQ authorization, in October 2022, where 10 dimensions of PSC are assessed. Descriptive statistical analysis of the data was performed according to the nature of the variables and using SPSS version 24.

Results: The participants were mostly general care nurses. Teamwork was the composite measure with the highest percentage of positive answers (67.3%). The composite measures with the lowest positivity, which represent opportunities for priority improvement, were the Staffing and Work Pace (40.6%), Response to Error (38.9%), Reporting Patient Safety Events (39.7%), and Hospital Management Support for Patient Safety (39%).

Conclusion: The results presented reflect the need to adopt improvement strategies at the level of the Institution's PSC. The commitment of the institution's leadership to SC is essential, which prioritizes the professionals' working conditions and promotes a culture of non-punitive learning, permanent improvement and reporting of errors for the quality of care and PS. We acknowledge some limitations in the research, namely, the sample size, which limits the generalizability of the results.

Keywords: Health Personnel; Hospital; Patient Safety; Safety Management

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A segurança do doente constitui um aspeto central nos contextos clínicos e um elemento crucial na garantia de sistemas de saúde mais seguros e competentes. Este tema, nos últimos anos, tem recebido crescente atenção a nível profissional e das políticas de saúde nacionais e internacionais. A real valorização desta problemática surgiu com a publicação do relatório Americano "*To Err is Human*", do *Institute of Medicine*, ao assumir que pelo menos 44 000 a 98 000 pessoas morreriam devido a erros médicos evitáveis (Kohn et al., 2000). Esta agnição constituiu o ponto de partida para a projeção da relevância da segurança do doente nos diferentes contextos clínicos e uma prioridade para as organizações nacionais e internacionais, como a AHRQ, a OMS e a *The Joint Commission,* no sentido da implementação imediata de mudanças a nível da cultura organizacional das Instituições de Saúde com vista à qualidade e segurança dos cuidados (Azyabi et al., 2022; Granel-Giménez et al., 2022).

Em maio de 2002, a OMS, na sua quinquagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde com o tema "*Quality of care: patient safety "*, alertou os Estados-Membros para esta problemática e recomendou a criação de sistemas, baseados em evidências, que lhes permitissem alcançar melhorias ao nível da segurança do doente (WHO, 2021).

Posteriormente, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, com os objetivos de definir a nível mundial padrões de qualidade, normas e políticas, assim como o reconhecimento internacional de critérios de excelência (WHO, 2004). Esta Organização introduziu o conceito do Desafio Global para a Segurança do Doente, identificando áreas de atuação que representam risco elevado para a saúde e segurança dos doentes (WHO, 2021). O primeiro Desafio Global surgiu com a campanha *"Clean Care is Safer Care*" (WHO, 2006), dando ênfase à prevenção das IACS e servindo de base para o segundo Desafio Global relacionado com a segurança cirúrgica, "*Safe Surgery Saves Lives*", lançado em 2009 pela OMS (WHO, 2009). Em 2017, emergiu o terceiro Desafio Global, sob o tema *"Medication Without Harm*", que pretende reduzir o dano gerado por erros e práticas inseguras com a medicação (WHO, 2017). Com estes desígnios pretende-se assegurar o compromisso e empenho de Governos, entidades parceiras, órgãos máximos de gestão e das lideranças das Instituições de Saúde, assim como dos profissionais de saúde, com a segurança do doente (WHO, 2021).

Na Europa, a temática da segurança do doente assumiu particular destaque entre todos os Estados-Membros com a Declaração de Luxemburgo, *Patient Safety – Making it Happen!* (European Commission, 2005). Este documento evidencia o direito dos doentes, enquanto utilizadores dos serviços de saúde, em esperar que todos os esforços sejam realizados no sentido de garantir a sua segurança e lança, às instituições da União Europeia, às autoridades nacionais e aos profissionais de saúde, múltiplas recomendações no sentido do desenvolvimento e promoção de uma CSD (European Commission, 2005).

O Conselho da Europa, em 2006, após a 965ª reunião dos Ministros dos Estados-Membros divulgou recomendações sobre a gestão da segurança do doente e a prevenção de eventos adversos nos cuidados de saúde (Council of Europe, 2006). Estas advertências colocam o tema da segurança do doente no centro das políticas de melhoria contínua da qualidade através da promoção de uma CS em todos os níveis de assistência na saúde; estimulam os Estados-membros a unirem-se e a adotarem estratégias comuns neste domínio; reconhecem a saúde como um direito básico de todos os cidadãos e realçam a importância de notificar e aprender com os incidentes de segurança do doente.

Em 2009, o Conselho da União Europeia, emana a Recomendação 2009/C sobre a segurança do doente, integrando a prevenção e controlo das IACS (Conselho da União Europeia, 2009). Este documento elenca recomendações específicas aos Estados-membros, relacionadas com o domínio da segurança na prestação de cuidados de saúde, tendo por base as exortações da OMS, da Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, do Conselho da Europa e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE). Ainda neste ano, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente criou a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, traduzida para Português, em 2011, pela DGS (DGS, 2011b). Esta medida permitiu classificar e categorizar a informação produzida, facilitando a compreensão internacional de conceitos e termos relacionados com a segurança do doente, bem como mensurar, monitorizar, interpretar e analisar toda a informação.

Portugal, seguindo as recomendações internacionais da OMS, da OCDE e do Conselho da Europa e auscultando os principais intervenientes nacionais na saúde, criou o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 com o intuito de definir múltiplas estratégias e metas prioritárias, incluindo na área da segurança, a adotar pelas Instituições do Ministério da Saúde e pelos diferentes intervenientes no setor da saúde (DGS, 2004).

Consubstanciado neste Plano e nas recomendações das diferentes organizações internacionais, são criados, pelo Ministério da Saúde, o Departamento da Qualidade em Saúde [DQS] (Portaria n.º 155/2009 de 10 de Fevereiro, 2009) e a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS] (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, 2009), atualizada em 2015 (Despacho n.º 5613/2015 de 15 de maio, 2015).

A ENQS 2015-2020 adota prioridades estratégicas de atuação, com ênfase nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; divulgação de dados comparáveis de desempenho; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; desenvolvimento da investigação clínica; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015 de 15 de maio, 2015).

A qualidade e a segurança do doente assumem especial relevância em todos estes documentos estratégicos e nesta lógica é publicado o PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). Este plano assenta em nove objetivos estratégicos e o primeiro visa aumentar a CS do ambiente interno (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). Este documento constituiu um marco importante no aumento da segurança do doente a nível nacional, pois permitiu a publicação de normas e orientações nas múltiplas áreas da segurança do doente; o aumento da notificação de incidentes e a avaliação das medidas implementadas, assim como o aumento das auditorias realizadas nos vários domínios da prestação de cuidados (DGS, 2022a).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030), adotado pela OMS, visa a eliminação dos danos associados aos cuidados de saúde não seguros e pretende ser um princípio norteador de todos os planos nacionais de segurança do doente, dando particular importância à intervenção de todos os participantes no sistema de saúde e à necessidade de promover parcerias e conceber sinergias (WHO, 2021).

Neste sentido, surge o mais recente PNSD 2021-2026, tendo por base documentos estratégicos nacionais e internacionais, como o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde, o PAMSD 2021-2030 e os Planos Estratégicos de alguns países, com o objetivo de "consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde" (DGS, 2022a, p. 21). Esta ferramenta constitui-se como um apoio a gestores de topo e lideranças, a gestores de risco, a intervenientes das Comissões da Qualidade em Saúde e a profissionais de saúde impondo um envolvimento dinâmico de responsabilidade na

organização e implementação nos diferentes níveis de cuidados, sempre com o intuito de promover a segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2022a). Este Plano encontra-se estruturado em cinco pilares e a CS constitui o primeiro pilar, assim como avaliar a CS consiste num dos objetivos estratégicos para lhe dar cumprimento (DGS, 2022a).

A cultura de segurança (CS) de uma organização é definida, segundo a taxonomia da OMS, como o produto dos valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e do grupo que determina as características da gestão de saúde e segurança da organização (WHO, 2021), tornando-a um elemento crucial na promoção de um ambiente seguro para os profissionais e doentes, assim como na redução dos incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2022a). Para AHRQ (2019c), as organizações com elevada fiabilidade e forte compromisso com a CS apresentam caraterísticas determinantes: reconhecimento da natureza de elevado risco associada aos cuidados de saúde; determinação em alcançar níveis consistentemente seguros de desempenho; promoção de um ambiente livre de culpas, em que os profissionais podem notificar o erro sem receio de punições; incentivo ao ambiente colaborativo, entre hierarquias e grupos profissionais, na procura de soluções para os problemas relacionados com a segurança e o compromisso da liderança e dos profissionais com a CSD.

Um incidente de segurança do doente é definido como qualquer desvio do cuidado médico habitual que cause uma lesão ao doente ou represente um risco de dano, o que abrange erros, eventos adversos evitáveis e perigos (WHO, 2021). De acordo com a OMS, um em cada dez doentes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados de saúde inseguros nos hospitais, resultando em morte ou invalidez e em avultados encargos financeiros para os doentes e sistemas de saúde (WHO, 2021). Neste sentido, a OMS e a Comissão Europeia recomendam, a todos os Estados Membros, a avaliação da perceção dos profissionais sobre a CS como requisito fundamental para a implementação de mudanças nas organizações de saúde e nos comportamentos dos profissionais, garantindo cuidados mais seguros e de qualidade (DGS, 2020).

A ACS em Portugal decorreu nos anos pares (2014; 2016; 2018 e 2020) a nível Hospitalar (DGS, 2020; DGS, 2022a) através da aplicação do Questionário de ACS nos Hospitais, emanado pela AHRQ na sua versão 1.0 (AHRQ, 2004), traduzido e validado para a população portuguesa em 2014 (Eiras et al., 2014). Este questionário permite avaliar doze dimensões da CSD e é um dos três instrumentos referenciados pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety* (DGS, 2020). A taxa de adesão nacional esteve entre os 13,8% (em 2020) e os 18,5% (em 2016), em que a dimensão Trabalho em equipa obteve o maior número de

respostas positivas em todos os hospitais (sempre superior a 50%) e as duas dimensões que apresentaram um percentual de respostas positivas mais baixas (abaixo dos 50%) foram a Dotação de profissionais e a Resposta ao erro não punitiva, ao longo das quatro avaliações (DGS, 2022a). Neste sentido, a DGS defende a propalação da importância da CS e da sua avaliação junto das instituições, gestores, profissionais e dos doentes (DGS, 2022a).

Deste modo, pela exigência e constante atualização dos cuidados de saúde, reconhece-se a pertinência da investigação nesta área da avaliação da perceção dos profissionais acerca da CSD a nível hospitalar, como componente crucial para instituir mudanças comportamentais a nível organizacional e nos profissionais, aprender com os erros e promover uma cultura de responsabilização não punitiva, com vista à melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.

Face à exposição aduzida sobre a problemática em questão, pretende-se com este estudo responder à seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos profissionais sobre a CSD num Centro Hospitalar de Portugal?

4. Finalidade e objetivos

Com este trabalho de investigação pretende-se contribuir para o desenvolvimento e maior conhecimento da CSD hospitalizado, identificando dimensões que necessitam de investimento prioritário, formação e investigação futura, assim como contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

No sentido de dar resposta à questão de investigação formulada, definiu-se o seguinte objetivo:

- Descrever a CSD percecionada pelos profissionais de um Centro Hospitalar de Portugal.

5. Metodologia

A investigação constitui o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha (Néné & Sequeira, 2022). Assim, neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada no estudo de modo a efetivar a operacionalização do mesmo. Desta forma, é caracterizado o tipo de desenho do estudo, a população, a amostra, o instrumento de recolha de dados, o procedimento de recolha e análise dos dados e, por último, as considerações éticas inerentes à investigação.

5.1. Desenho do estudo

A escolha do desenho do estudo deve ser adequado à finalidade do mesmo, de modo a permitir responder às questões de investigação (Duarte et al., 2022). Neste sentido, este trabalho corresponde a um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, pois procura-se avaliar diversas dimensões ou componentes de um fenómeno, pela utilização de critérios sistemáticos, e quantificar a informação recolhida para, posteriormente, a poder analisar e classificar (Vilelas, 2020). Estes estudos implicam elevado rigor nos procedimentos e nos processos metodológicos, permitindo estudar uma população ampla, com recurso a instrumentos padronizados de recolha de dados, a métodos de amostragem e à análise quantitativa dos dados (Álvares, 2021).

Na definição da população, considerou-se a população alvo, a quem se aplicam os resultados, e a amostra ou população de estudo, onde se incluem os elementos que participarão no estudo, e deve possuir um tamanho determinado e ser representativa da população alvo, na medida em que as suas conclusões são passíveis de ser generalizadas ao conjunto da população (Néné & Sequeira, 2022; Vilelas, 2020).

No presente estudo, a população alvo correspondeu a 2765 profissionais (N=2765) de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, tendo-se obtido uma amostra final de 177 participantes (n=177), o que corresponde a 6,4% da população alvo.

O método de amostragem adotado consistiu no método não probabilístico por conveniência, em que os participantes não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra, a seleção é determinada por um critério subjetivo e realizada de acordo com a

facilidade de acesso aos mesmos não cumprindo os critérios de inclusão (Kandi, 2022; Purna Singh et al., 2023).

O instrumento de recolha de dados escolhido para este estudo foi o questionário, por permitir obter a informação de forma estruturada, sistematizada e ordenada acerca da população que se estuda, facilitando a posterior analise dos dados.

O questionário selecionado foi o Hospitalar Survey on Patient Safety Culture - SOPS®, Versão 2.0, da AHRQ (AHRQ, 2019a; AHRQ, 2023), aplicada via Microsoft Forms (Anexo XIII). A escolha deste instrumento teve por base ser um dos questionários recomendado no relatório final do projeto The European Network for Patient Safety como uma das ferramentas validadas para a identificação da CSD (ESQH, 2010), por já ter sido traduzido e validado para a população portuguesa, na versão 1.0, por Eiras et al. (2014) e por permitir exercícios de benchmarking internacional, uma vez que está traduzido em pelo menos 40 idiomas e é, atualmente, utilizado em 93 países (DGS, 2020).

Esta versão atualizada do questionário é constituída por quarenta questões: trinta e duas questões apresentadas sob a forma de escala tipo Likert, de concordância, “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo”, “concordo”, “concordo totalmente” ou “não se aplica / não sei”, e de frequência, “nunca”, “raramente”, “por vezes”, “a maioria das vezes”, “sempre” ou “não se aplica/ não sei”; por seis questões sobre as caraterísticas dos participantes: categoria profissional; o serviço/ unidade de trabalho; tempo no hospital; tempo no serviço/ unidade de trabalho; horário de trabalho e interação ou contacto direto com os doentes, e por duas questões de item único: número de eventos de segurança reportados e a classificação geral sobre a segurança do doente no hospital (Sorra et al., 2019a; Sorra et al., 2019c).

As trinta e duas questões são agrupadas em dez dimensões da cultura de segurança do doente: Trabalho em equipa; Equipa e ritmo de trabalho; Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua; Resposta ao erro; Apoio do supervisor/gestor/ diretor clinico na segurança do doente; Comunicação acerca do erro; Abertura na comunicação; Notificação de eventos de segurança do doente; Apoio da gestão hospitalar na segurança do doente e Transições e troca de informação (AHRQ, 2019b).

Para o cálculo do coeficiente de consistência interna das dimensões seguiram-se as recomendações do Guia do Utilizador do Hospital SOPS 2.0 (Sorra et al., 2019b) e, desse modo, os itens formulados na negativa foram recodificados passando a respostas positivas.

Para Pestana e Gageiro (2020), considera-se a consistência interna "Muito boa" com um Alpha (α) de Cronbach superior a 0,9; "Boa" entre 0,8 e 0,9; "Razoável" entre 0,7 e 0,8; "Fraca" entre 0,6 e 0,7 e "Inadmissível" inferior a 0,6.

De seguida, apresenta-se a forma como estão organizadas as diferentes dimensões da CSD no questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital.

A primeira dimensão, Trabalho em equipa, é respondida por três itens e é avaliado em que medida os funcionários trabalham em conjunto como uma equipa eficaz, se se entreajudam nos momentos de maior carga de trabalho e se são respeitados (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

Na segunda dimensão, Equipa e Ritmo de Trabalho, é considerado se existe dotação suficiente de pessoal para assegurar a carga de trabalho, se trabalham dentro do horário previsto e sem pressa e se existe confiança adequada nos profissionais temporários, em mobilidade interna ou prestadores de serviços, sendo respondida por quatro itens (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

A terceira dimensão, Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua, é avaliada em três itens e é ponderado em que medida os procedimentos são revistos regularmente no sentido de implementar mudanças de melhoria ao nível da segurança do doente e evitar que os erros voltem a ocorrer e, também, se essas mudanças são avaliadas (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

Na quarta dimensão, Resposta ao Erro, é considerada a forma como os funcionários são tratados quando cometem erros, se existe preocupação em aprender com os erros e apoiar os profissionais envolvidos nos erros de segurança do doente, sendo respondida por quatro itens (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

A quinta dimensão, Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente, é respondida em três itens e avalia se são consideradas as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente, se não há incentivo a ultrapassar determinadas ações e a trabalhar mais rápido nos momentos de maior carga de trabalho e se adotam ações após o reporte de situações relacionados com a segurança do doente (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

Na sexta dimensão, Comunicação acerca do Erro, avaliada por três itens, é considerado em que medida os profissionais são informados quando ocorrem erros, discutem maneiras de evitar erros e são informados quando adotadas ações de melhoria com base nos eventos reportados (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

A sétima dimensão, Abertura na Comunicação, avaliada pela forma como os profissionais sentem que se podem manifestar se virem algo inseguro e se sentem à vontade em questionar quando algo não está correto, com quatro itens (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

Na oitava dimensão, Notificação de Eventos de Segurança do Doente, avaliada por dois itens no questionário, é analisado em que medida os erros são detetados e corrigidos antes de afetar o doente e se o erro atinge o doente com que frequência é notificado (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

A nona dimensão, Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente, é avaliado em que medida a segurança do doente constitui uma prioridade para a Gestão do hospital e se proporciona os recursos adequados, com 3 itens (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

Por último, a décima dimensão, Transições e Troca de Informação, respondida por três itens, avalia se não é omitida informação nas transferências do doente e se, durante as passagens de turno, é disponibilizado tempo suficiente para partilhar a informação e não é omitida informação (AHRQ, 2019b; Sorra et al., 2019a).

A recolha de dados decorreu entre 12 de janeiro de 2023 e 25 de fevereiro de 2023. O instrumento foi aplicado via Microsoft Forms e enviado, através do correio eletrónico institucional dos participantes, pelo Gabinete de Comunicação e Imagem do Centro Hospitalar.

Os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva de acordo com a natureza das variáveis, com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24. A estatística descritiva consiste no conjunto das técnicas e das regras que sintetizam a informação recolhida de uma amostra ou população, sem distorção nem perda de informação, gerando relatórios a partir dos quais se possa extrapolar a tendência central e que revelem dispersão de dados, permitindo evidenciar o valor mínimo, valor máximo, soma dos valores, contagens, média, moda mediana, variância e desvio padrão (Vilelas, 2020).

Na apresentação dos resultados seguiram-se as recomendações da AHRQ (Sorra et al., 2019b). Uma das formas exortadas para apresentar os resultados é através do cálculo das frequências de resposta, tendo sido combinadas as duas categorias de respostas baixas (Discordo totalmente/ Discordo e Nunca/ Raramente) e as duas categorias de respostas mais altas (Concordo totalmente/ Concordo e Na maioria das vezes/ Sempre). Os pontos médios

das escalas são relatados numa categoria separada (Não concordo/ Nem discordo ou Às vezes) (Sorra et al., 2019b).

Para calcular a percentagem de respostas positivas de uma questão é diferente para itens formulados pela positiva ou pela negativa (Sorra et al., 2019b). Nos itens expressos pela positiva, a percentagem de respostas positivas resulta da combinação das percentagens de respostas "Concordo totalmente"/ "Concordo" ou "Sempre"/ "Na maioria das vezes. Nos itens expressos pela negativa, a percentagem de respostas positivas resulta da combinação das percentagens de respostas “Discordo totalmente”/ “Discordo” ou “Nunca”/ “Raramente”, porque uma resposta negativa a uma questão formulada negativamente indica um resultado positivo (Sorra et al., 2019b). Para calcular a percentagem de respostas positivas numa dimensão, que é composta por dois, três ou quatro itens, fez-se a média das respostas positivas para cada item incluído nessa dimensão e as respostas “Não se aplica/não sei” são excluídas ao exibir as percentagens de resposta para cada item da pesquisa (Sorra et al., 2019b).

Na análise do conteúdo dos comentários do questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital procedeu-se à colocação dos dados em tabela de forma a facilitar a compreensão dos mesmos. Seguidamente, foram codificados, através da atribuição de um código a cada comentário do participante (P5, P6, …), e associada uma dimensão da CSD, conforme a dimensão identificada nesse comentário, seguindo as recomendações do Guia do Utilizador do Hospital SOPS 2.0 (Sorra et al., 2019b).

5.2. Considerações éticas

A investigação ligada à área da saúde assume uma particular relevância ética, sendo crucial ponderar se o estudo em causa respeita as pessoas, a sua dignidade e o ecossistema em que as mesmas habitam, apesar da necessidade de produção de conhecimento ser legitima (Néné & Sequeira, 2022).

Os participantes do presente estudo foram todos os profissionais do Centro Hospitalar pelo que, os resultados que provêm do mesmo, pretendem contribuir para o avanço e desenvolvimento do conhecimento e das boas práticas ao nível da segurança do doente, com significativos ganhos em saúde para a pessoa, para a organização onde se realizou o estudo e para o progresso da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Não existiu qualquer conflito de interesse em relação aos resultados da investigação, nem custos para os participantes.

O instrumento de colheita de dados foi enviado via Microsoft Forms, respeitando os princípios éticos do direito ao anonimato, à privacidade e à confidencialidade dos dados, uma vez que o questionário não era identificável e apenas os investigadores podiam aceder às respostas do questionário. No enunciado do questionário foi explicado aos participantes no estudo que ao preencherem o questionário estariam a dar o seu consentimento explícito para a participação no mesmo.

Para a tradução e aplicação do Hospital Survey on Patient Safety Culture, versão 2.0, foi solicitada autorização à AHRQ em 21 de Outubro de 2022 e concedida autorização a 27 de Outubro de 2022, via contacto de correio eletrónico (Anexo XIV). Este projeto pretende também contribuir para um estudo mais alargado da validação deste questionário para a população portuguesa.

Este estudo de investigação foi previamente aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar, merecendo parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo XV).

6. Resultados

Neste capítulo, descreve-se a caracterização socioprofissional da amostra, seguida da apresentação dos resultados relativos a cada dimensão da cultura de segurança do doente, com recurso a tabelas, e, por último, realiza-se a análise de conteúdo dos comentários dos participantes.

A maioria dos participantes no estudo são Enfermeiros de cuidados gerais (n=59; 33,3%), seguindo-se a Equipa Médica (em todas as categorias) com 17,5% (n=31) da amostra. Constata-se que a categoria de Enfermeiro Especialista representa cerca de 15,8% (n=28) seguindo-se a categoria profissional "outra", com 9,6% (n=17) da participação, onde se inclui a categoria profissional de Assistente Operacional. A categoria de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica correspondeu a 6,2% (n=11) da amostra. As restantes categorias profissionais estão representadas de forma pouco significativa, com frequência abaixo de 10.

Relativamente ao serviço/unidade de trabalho onde os profissionais exercem funções constata-se que a maioria dos participantes pertencem à categoria "Unidades de Cuidados" (32,4%; n=57), onde se incluem o Serviço de Urgência (SU); Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM); Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC); Gastroenterologia; Oncologia/Hematologia; Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Adultos; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN); Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP); Psiquiatria e Medicina Física e de Reabilitação. Cerca de 14,1% (n=25) dos participantes pertencem à categoria "outra" (onde se inclui, por exemplo, a Consulta Externa e o Hospital Dia), seguindo-se os serviços Médicos não Cirúrgicos com 11,3% (n=20), os serviços Médicos e Cirúrgicos com 10,2% (n=18) e os serviços de Cirurgia com cerca de 9,6% (n=17). Os restantes estão distribuídos pelos outros serviços hospitalares numa representatividade residual, com uma frequência abaixo de 10.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, a maioria dos participantes (65%; n=115) trabalha há 11 ou mais anos na Instituição. Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço/unidade de trabalho, 45,8% (n=81) responderam exercer funções há 11 ou mais anos e 28,8% (n=51) trabalha entre 1 a 5 anos na Instituição. No que concerne às horas de trabalho semanal, a maioria dos participantes trabalha entre 30 a 40 horas por semana (76,3%; n=135) e cerca de 88,1% (n=156), dos participantes da amostra, interage ou tem contacto direto com doentes.

Relativamente à avaliação do grau de segurança do doente, a maioria respondeu que considera o seu serviço/ unidade de trabalho "Bom" (38,4%; n=68) e em relação ao reporte de eventos de segurança do doente, cerca de 67,8% (n=120) responderam que não reportaram nenhum evento nos últimos 12 meses.

De seguida, procede-se à descrição dos resultados obtidos relativamente à avaliação da perceção dos profissionais acerca das dez dimensões da CSD, apresentados em forma de tabela e seguindo a metodologia previamente aduzida, e apresenta-se o coeficiente de consistência interna calculado para cada dimensão.

Na avaliação da dimensão Trabalho em Equipa (1) destaca-se o item da entreajuda dos profissionais, nos momentos de maior carga de trabalho, com a maior percentagem de respostas positivas, conforme se pode verificar tabela seguinte.

Tabela 1: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Trabalho em Equipa

Dimensão Trabalho em Equipa	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
A1 - Neste serviço, trabalhamos em conjunto como uma equipa eficaz	134	NA	177	134/177=75,7%
A8 - Nos momentos de maior carga trabalho, os profissionais deste serviço entreajudam-se	138	NA	177	138/177=78%
A9 - Existe um problema com comportamentos de falta de respeito pelos profissionais que trabalham neste serviço	NA	85	176	85/176=48,3%
			Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 67,3%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,614

A dimensão da Equipa e Ritmo de Trabalho (2) evidenciou uma percentagem baixa de respostas positivas no que diz respeito ao item dos profissionais trabalharem para além do seu horário de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Equipa e Ritmo de Trabalho

Dimensão Equipa e Ritmo de Trabalho	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
A2 - Neste serviço, temos profissionais suficientes para assegurar a carga de trabalho	49	NA	176	49/176=27,8%
A3 - Os profissionais deste serviço trabalham horas a mais, o que pode afetar o cuidado ao doente	NA	40	165	40/165=24,2%
A5 - Este serviço, depende em demasia de profissionais temporários, em mobilidade interna ou prestadores de serviço	NA	110	151	110/151=72,8%
A11 - O ritmo de trabalho neste serviço é tão elevado que afeta negativamente a segurança do doente	NA	64	170	64/170=37,6%
			Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 40,6%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,631

Na dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua (3) verificou-se uma percentagem de respostas positivas muito similar para todos os itens que dão resposta à dimensão, conforme se pode verificar na seguinte tabela.

Tabela 3: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua

Dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
A4 - Este serviço revê com regularidade os procedimentos, para determinar se são necessárias mudanças para melhorar a segurança do doente	84	NA	171	84/171=49,1%
A12 - Neste serviço, as mudanças para melhorar a segurança do doente são avaliadas quanto à sua eficácia	72	NA	166	72/166=43,4%
A14 - Este serviço, permite que os mesmos problemas com a segurança do doente continuem a acontecer	NA	85	167	85/167=50,9%
			Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 47,8%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,730

Quanto à dimensão da CSD Resposta ao Erro (4) destaca-se a falta de apoio que os profissionais percecionam quando estão envolvidos em erros de segurança do doente, com a percentagem de respostas positivas mais baixa, tal como evidencia a tabela seguinte.

Tabela 4: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Resposta ao Erro

Dimensão Resposta ao Erro	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
A6 - Neste serviço, os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	NA	71	170	71/170=41,8%
A7 - Neste serviço, quando um evento é reportado parece que é a pessoa que está a ser advertida e não o problema em si	NA	60	168	60/168=35,7%
A10 - Quando os profissionais cometem erros, este serviço preocupa-se mais em aprender do que culpar os indivíduos	79	NA	176	79/176=44,9%
A13 - Neste serviço, há falta de apoio para com os profissionais envolvidos em erros de segurança do doente	NA	53	161	53/161=33%
			Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 38,9%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,751

No que diz respeito à dimensão Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente (5), constata-se que os profissionais sentem que não há incentivo para trabalhar mais rápido ou ultrapassar determinadas ações, nos momentos de maior carga de trabalho, por parte da direção do serviço, com a maior percentagem positiva para este item da dimensão, tal como apresentado na seguinte tabela.

Tabela 5: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente

Dimensão Apoio do Supervisor/ Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
B1 - O meu supervisor, gestor ou diretor clínico leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	99	NA	171	99/171=57,9%
B2 - O meu supervisor, gestor ou diretor clínico quer que trabalhemos mais depressa nos momentos de maior carga de trabalho, mesmo que isso signifique ultrapassar determinadas ações	NA	105	170	105/170=61,8%
B3 - O meu supervisor, gestor ou diretor clínico toma ações no âmbito da segurança do doente nas situações que lhe são reportadas	93	NA	166	93/166=56%
			Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 58,6%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,850

Quanto à dimensão Comunicação acerca do Erro (6), a maior percentagem de respostas positivas verificou-se no item que avalia se os profissionais são informados quando ocorrem erros nos serviços (Tabela 6).

Tabela 6: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Comunicação acerca do Erro

Dimensão Comunicação acerca do Erro	Item de formulação positiva "Sempre" ou "A maioria das vezes" (n)	Item de formulação negativa "Raramente" ou "Nunca" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
C1 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço	103	NA	171	103/171=60,2%
C2 - Quando ocorrem erros neste serviço, discutimos formas de prevenção de repetição de erros	93	NA	171	93/171=54,4%
C3 - Neste serviço, somos informados sobre as mudanças que ocorrem, com base nos eventos reportados	83	NA	172	83/172=48,3%
		Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 54,3%		

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,780

A dimensão Abertura na Comunicação (7) releva menor percentagem de respostas positivas no item que avalia se os profissionais se sentem à vontade para falar abertamente quando alguém com maior autoridade coloca em causa a segurança do doente, como se verifica na tabela seguinte.

Tabela 7: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Abertura na Comunicação

Dimensão Abertura na Comunicação	Item de formulação positiva "Sempre" ou "A maioria das vezes" (n)	Item de formulação negativa "Raramente" ou "Nunca" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
C4 - Neste serviço, os profissionais falam abertamente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente	105	NA	170	105/170=61,8%
C5 - Os profissionais deste serviço falam abertamente se virem alguém com maior autoridade fazer algo que coloque em causa a segurança do doente	80	NA	163	80/163=49,1%
C6 - Quando os profissionais deste serviço falam abertamente, os que têm maior autoridade estão disponíveis para as questões centradas na segurança do doente	93	NA	167	93/167=55,7%
C7 - Neste serviço, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar correto	NA	92	172	92/172=53,5%
			Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 55%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,844

Na dimensão Notificação de Eventos de Segurança do Doente (8) destaca-se a percentagem mais baixa de respostas para o item que avalia se os erros são reportados quando detetados e corrigidos antes de afetar o doente (Tabela 8).

Tabela 8: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Notificação de Eventos de Segurança do Doente

Dimensão Notificação de Eventos de Segurança do Doente	Item de formulação positiva "Sempre" ou "A maioria das vezes" (n)	Item de formulação negativa "Raramente" ou "Nunca" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
D1 - Quando um erro é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado	51	NA	153	51/153=33,3%
D2 - Quando um erro atinge o doente e poderia ter causado dano, mas isso não acontece, com que frequência é reportado?	71	NA	154	71/154=46,1%
			Percentagem média de respostas positivas dos 2 itens = 39,7%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,913

Relativamente à dimensão Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente (9**)** verifica-se a menor percentagem de respostas positivas para o item em que os profissionais sentem que a gestão hospitalar apenas apoia a segurança do doente na ocorrência de um evento adverso, como se verifica na tabela seguinte.

Tabela 9: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente

Dimensão Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
F1 - As ações da gestão hospitalar mostram que a segurança do doente é uma prioridade	91	NA	173	91/173=52,6%
F2 - A gestão hospitalar proporciona os recursos adequados à melhoria da segurança do doente	60	NA	172	60/172=34,9%
F3 - A gestão hospitalar parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso	NA	50	170	50/170=29,4%
			Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 39%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0,789

No que refere à dimensão Transições e Troca de Informação (10) verifica-se a maior percentagem de respostas positivas para o item que avalia se não é omitida informação importante nas mudanças de turno, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 10: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão Transições e Troca de Informação

Dimensão Transições e Troca de Informação	Item de formulação positiva "Concordo" ou "Concordo Totalmente" (n)	Item de formulação negativa "Discordo" ou "Discordo Totalmente" (n)	Total de respostas do item (excluindo "Não sei ou não se aplica)	Positividade de respostas do item (%)
F4 - Ao transferir o doente de um serviço para outro, é omitida informação importante	NA	105	169	105/169=62,1%
F5 - Durante as mudanças de turno, é omitida informação importante sobre os cuidados ao doente	NA	109	170	109/170=64,1%
F6 - Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para a partilha da informação relevante sobre os cuidados ao doente	103	NA	170	103/170=60,6%
			Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 62,3%	

NA = Não aplicável α - Cronbach= 0.878

Os resultados dos quarenta e sete comentários do questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital encontram-se no Anexo XVI. As dimensões que verificaram maior expressão nos comentários dos participantes foram a dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua, identificada em vinte e uma respostas, seguindo-se a dimensão Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente, com dezassete respostas e a dimensão Equipa e Ritmo de Trabalho com quinze respostas. As dimensões que obtiveram menor expressão nas respostas foram a Comunicação acerca do Erro e a Abertura na Comunicação.

De seguida, apresenta-se uma síntese dos resultados encontrados neste estudo para cada dimensão da CSD, relativamente às percentagens de positividade média e ao Alpha de Cronbach (Tabela 12). O instrumento utilizado obteve uma consistência interna "Muito boa", com um α- Cronbach= 0,938, conforme defendido por Pestana & Gageiro (2020).

Tabela 11: Tabela resumo da percentagem de positividade e do Alpha de Cronbach das dez dimensões do Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

DIMENSÃO	Positividade	Confiabilidade (α-Cronbach)
1. Trabalho em Equipa	67,3%	0.614
2. Equipa e Ritmo de Trabalho	40,6%	0,631
3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua	47,8%	0,730
4. Resposta ao Erro	38,9%	0,751
5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clínico à Segurança do Doente	58,6%	0,850
6. Comunicação acerca do Erro	54,3%	0,780
7. Abertura na Comunicação	55%	0,844
8. Notificação de Eventos de segurança do doente	39,7%	0,913
9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente	39%	0,789
10. Transições e Troca de Informação	62,3%	0,878

7. Discussão

Este capítulo encontra-se organizado de acordo com os resultados encontrados no estudo e os objetivos do mesmo. Deste modo, procede-se à caracterização socioprofissional da amostra, pela análise da categoria profissional dos participantes e da unidade/ serviço a que pertencem, do tempo de exercício profissional, do horário de trabalho praticado, do grau de segurança do doente percecionado, do número de eventos de segurança reportados e, por ultimo, à análise descritiva da perceção dos profissionais acerca da CSD com os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, permitindo o *benchmarking* nacional e internacional

No presente estudo a categoria profissional mais respondente foram os Enfermeiros, o que vai de encontro aos achados na literatura (Camacho-Rodríguez et al., 2022; Draganović & Offermanns, 2022; Eiras, 2011; Fassarella et al., 2018; Najjar et al., 2018; Reis et al., 2023; Segura-García et al., 2023). Esta evidência pode estar associada ao facto de ser a categoria com maior representatividade no sistema de saúde português (INE, 2022), e, por indissociabilidade, no hospital onde foi desenvolvido o estudo; por os enfermeiros estarem presentes, durante 24 horas por dia, ao longo de todo o percurso do doente e, também, estar relacionado com as características intrínsecas da profissão, que pressupõe competências sustentadas no *saber* e no *saber-fazer* (Le Boterf, 2003), tornando-a a categoria profissional mais participativa no estudo.

As unidades de cuidados obtiveram maior expressividade na amostra, onde se incluem os serviços que possuem os doentes de maior complexidade, como as UCI, e por esse motivo a probabilidade de ocorrência de eventos adversos é superior (Assis et al., 2022). Este facto é indiciador de preocupação com a segurança do doente, por parte dos profissionais que trabalham nestas unidades.

A maioria dos respondentes exerce funções no Hospital e no serviço/unidade há onze ou mais anos, indo de encontro aos achados em Portugal (Eiras, 2011; Fassarella et al., 2018), mas diferentes dos obtidos a nível internacional (Najjar et al., 2018; Reis et al., 2018), em que a maioria dos participantes apresenta entre um a cinco anos de experiência profissional. Este facto poderá estar associado ao aumento da emigração dos profissionais de saúde mais jovens, em concreto dos enfermeiros, a partir da crise financeira de 2011 e 2014, em que se assistiu a elevados cortes no setor da saúde, nomeadamente, a diminuição dos salários dos profissionais de saúde, o aumento da carga semanal de trabalho e o congelamento das

progressões na carreira (Fronteira et al., 2020). A maturidade e a experiência profissional poderão beneficiar o conhecimento sobre as condições de trabalho, sobre os riscos associados aos cuidados de saúde e, também, sobre os sistemas de notificação existentes, contribuindo favoravelmente para a CSD (Azyabi et al., 2021; Fassarella et al., 2018; Segura-García et al., 2023).

Os participantes no estudo trabalham, na sua maioria, ente 30 horas a 40 horas semanais. Estes resultados são similares a outros estudos encontrados na literatura (Reis et al., 2023; Segura-García et al., 2023) e estão relacionados com o horário normal de trabalho aprovado pelo Ministério da Saúde português para todas as classes profissionais. Ribeiro el al. (2021) alerta para o excesso de horas de trabalho causarem fadiga e maiores níveis de stresse profissional, podendo, consequentemente, levar à ocorrência de falhas relacionadas com a segurança doente.

A maioria dos participantes trabalha, interage ou tem contacto direto com o doente, tal como aconteceu em estudos anteriores (Camacho-Rodríguez et al., 2022; Eiras, 2011; Fassarella et al., 2018; Hare et al., 2022; Najjar et al., 2018; Reis et al., 2023; Segura-García et al., 2023). Estes profissionais constituem-se, assim, como agentes de mudança cruciais porque se encontram na linha da frente na prestação de cuidados diretos ao doente, daí a relevância do desenvolvimento e sensibilização para a CSD dentro das organizações de saúde.

A dimensão Trabalho em Equipa obteve a melhor percentagem positiva de respostas, no entanto, não se pode considerar um ponto forte pois está distante dos resultados obtidos na literatura, com valores acima dos 75% de positividade (Draganović & Offermanns, 2022; Najjar et al., 2018; Reis et al., 2018; Segura-García et al., 2023). Esta dimensão obteve resultados muito similares aos estudos anteriores, em Portugal (DGS, 2020; Eiras et al, 2014; Eiras, 2021), o que evidencia a existência de relações de trabalho saudáveis, em que os profissionais se entreajudam e respeitam, no entanto poderá ser foco de melhoria. Uma revisão sistemática com meta-analise (Camacho-Rodríguez et al., 2022), refere que a qualidade do trabalho em equipa afeta o desempenho dos profissionais de saúde, podendo resultar em eventos adversos. Neste sentido, equipas mais eficazes e coesas, com um ambiente de trabalho de qualidade, estão mais habilitadas para proteger os doentes dos riscos e melhorar os resultados clínicos, e desse modo contribuir para a CSD (Camacho-Rodríguez et al., 2022; Filiz & Yeşildal, 2022). Algumas estratégias de melhoria são referidas na literatura como formação na temática; promoção da cooperação pela prática de *debriefings* e reflexão dentro da equipa e a utilização da simulação no sentido de desenvolver

competências de comunicação, essenciais para melhorar o trabalho em equipa (Camacho-Rodríguez et al., 2022; Khosravizadeh et al., 2020; Najjar et al., 2018).

A dimensão Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente obteve resultados positivos superiores às restantes dimensões o que traduz uma cultura de proximidade entre as chefias e os profissionais e pode significar algum avanço ao nível da promoção da CSD na Instituição. Estes resultados estão consonantes com outros estudos encontrados na literatura (Eiras et al, 2014; Eiras, 2021; Fassarella et al., 2018; Khosravizadeh et al., 2020; Lemos et al., 2021; Najjar et al., 2018). Na perceção dos profissionais, as lideranças dos serviços aceitam as sugestões da equipa e procuram solucionar os problemas relacionados com a segurança do doente.

Para Kakemam et al. (2021), estas duas dimensões tem aspetos paralelos por contribuírem, mutuamente, para o desenvolvimento da CSD, pois o trabalho em equipa e a liderança estão associados à notificação de eventos adversos, sendo este facto mais expressivo na categoria de Enfermagem, que correspondeu à categoria profissional com mais expressão neste estudo. Um participante, P133, refere a este propósito que *"toda a equipa demonstra muito cuidado com os utentes, quer a nível de controlo das infeções quer a nível de prevenção de quedas/acidentes durante o processo de reabilitação. Existe um esforço contínuo para minimizar todos os fatores que possam pôr em risco o utente.",* estando as duas dimensões da CSD associadas à afirmação.

A dimensão Transições e Troca de Informação também se destacou das restantes dimensões da CSD pela percentagem de respostas positivas alcançadas, possuindo similitudes com os resultados encontrados noutros estudos (Eiras et al., 2021; Fassarella et al., 2018; Hare et al, 2022; Reis et al., 2023). Para Castro et al. (2022), os momentos de transição de cuidados constituem momentos vulneráveis e falhas neste processo podem induzir uma elevada variedade de erros, colocando em risco a segurança dos doentes. Fassarela et al. (2018) corrobora esta premissa e defende que a transição de cuidados constitui um dos momentos mais complexos na prestação de cuidados ao doente, podendo haver perda de informação relevante, uma vez que a mente humana é incapaz de lidar com a múltipla informação sem deixar de funcionar de forma eficaz e segura, sobretudo quando existe subjetividade na informação pertinente. Neste sentido, a utilização de estratégias e ferramentas que auxiliem os profissionais de saúde nos momentos da passagem da informação tornam-se cruciais para assegurar a continuidade dos cuidados e a qualidade da informação (DGS, 2017a; DGS, 2022a; Fassarella et al., 2018). Este resultado positivo poderá estar relacionado com a existência de horários dedicados para esse momento,

particularmente na equipa de enfermagem que obteve maior representatividade na amostra, em que existe uma circunstância própria e ininterrupta para a transferência da informação, garantindo desse modo a continuidade segura dos cuidados. Contudo, torna-se essencial continuar a sensibilizar as equipas de saúde e as lideranças dos serviços no sentido da promoção de práticas que garantam a partilha eficaz da informação nos momentos de transição de cuidados, para deste modo prevenir incidentes de segurança do doente.

Relativamente às dimensões que obtiveram a percentagem mais baixa de respostas positivas, a dimensão Resposta ao Erro destacou-se neste âmbito revelando ser uma dimensão de intervenção prioritária. Os participantes percecionam que quando reportam um erro ou se envolvem num evento de segurança do doente sentem que este facto é utilizado contra eles, não obtendo apoio por parte das lideranças. Esta preocupação está visível num comentário de um profissional: *"o erro deveria ser reportado e debatido com mais frequência e analisados todos os pormenores associados. Em seguida, estudadas mudanças e implementadas. Nunca esquecendo que o foco está no problema e não na(s) pessoa(s) interveniente(s), mantendo o respeito pelos sentimentos"* (P177). Na revisão sistemática da literatura de Reis et al. (2018), é defendido que uma cultura punitiva na ocorrência de eventos de segurança não é facilitadora do reporte de erros pelos profissionais e, desse modo, impede a aprendizagem com os mesmos e a melhoria contínua. Estes achados estão de acordo com outros estudos encontrados (Azyabi et al., 2021; Eiras et al., 2021; Fassarella et al., 2018; Khosravizadeh et al., 2020; Reis et al., 2018; Waterson et al., 2019), mas muito inferiores aos resultados de Reis et al. (2023), Ribeiro et al. (2021), Segura-García et al. (2023) e Sorra et al. (2022), justificado pela forte CS em que os profissionais reportam o erro sem receio de censura por parte dos gestores (Reis et al., 2018). Esta característica assenta no conceito da cultura *just,* em que as pessoas não são punidas pelos seus erros mas as violações das regras não são toleradas (Reason, 1997). A revisão sistemática da literatura de Van Marum et al. (2022) aponta as principais barreiras a uma cultura *just*: fatores organizacionais, aspetos relacionados com a equipa e a experiencia/ formação profissional em segurança do doente. Neste sentido é crucial o compromisso da liderança com a segurança do doente e o desenvolvimento de estratégias organizacionais, assentes numa relação de confiança, que garantam o reporte do erro sem constrangimentos.

A dimensão Notificação de Eventos de Segurança também constitui uma área critica, com uma percentagem de positividade baixa. Este facto corrobora o observado noutros estudos, onde se verifica uma subnotificação dos eventos e falta de cultura de reporte (Galvão et al., 2018; Lima et al., 2018) e que vai de encontro ao que acontece noutros achados da literatura

(DGS, 2020; Eiras et al., 2014; Fassarella et al., 2018; Galvão et al., 2018; Khosravizadeh et al., 2020a; Najjar et al., 2018). Segundo Lima et al. (2018), as principais condicionantes ao reporte de eventos de segurança estão relacionadas com o parco conhecimento sobre os sistemas de notificação, a sobrecarga de trabalho e a ausência de feedback na resolução dos motivos que conduziram à ocorrência do evento.

Para além destas limitações ao reporte, o receio da culpabilização e punição por parte da Instituição também consiste uma preocupação, tal como referido no comentário do participante P59 "*ter um sistema de reporte de incidentes que permita a confidencialidade".* Neste sentido, Segura-Garcia (2023) defende que resultados positivos nesta dimensão estão associados ao conhecimento sobre o sistema de notificação; melhores ambientes entre equipas e gestores, que vêm a segurança do doente como uma prioridade, e organizações com sistemas construtivos de aprendizagem com base no erro, encorajando os funcionários a notificar os eventos de segurança do doente. Esta dimensão constitui-se como uma prioridade de atuação, é importante a Gestão Hospitalar implementar sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente voluntários, acessíveis, anónimos e confidenciais, que permitam o reporte, a análise, a gestão e a monitorização do incidente, levando à implementação efetiva de ações corretivas das situações geradoras de dano, real ou potencial (DGS, 2022h). A formação dos profissionais na área da gestão do risco e em sistemas de notificação, bem como o incentivo à notificação voluntária e não punitiva, constituem-se como estratégias prioritárias a implementar no sentido da melhoria contínua e da promoção de uma CS a nível organizacional e nos contextos da prática clínica.

Relativamente ao número de eventos de segurança do doente reportados verificou-se ser uma área critica e preocupante, estes resultados vão de encontro aos achados na dimensão de Notificação de Eventos de Segurança. Evidenciando, mais uma vez, que não existe uma prática enraizada de notificação na instituição, o que fragiliza a CSD.

A dimensão Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente obteve uma fraca percentagem de respostas positivas expressando uma dimensão frágil e constituindo uma oportunidade de melhoria. Estes resultados vão de encontro aos achados na literatura (DGS, 2020; Eiras et al., 2014; Eiras et al, 201Fassarella et al., 2018; Lemos et al., 2021; Najjar et al., 2018), o que revela que os profissionais tem dificuldade em reconhecer o apoio da Gestão das organizações na promoção da segurança do doente, demonstrando que esta não é uma área prioritária, tal como expresso no comentário do participante P53 *"…A administração conhecer e inteirar-se no terreno dos reais problemas dos profissionais. Estar presente nas reuniões de serviço e inteirar-se dos anseios e propostas dos trabalhadores".* No estudo de

Ribeiro et al (2021) esta dimensão obteve um valor aceitável de 71% de respostas positivas, justificado pelo forte investimento e comprometimento da gestão da organização com a segurança. O apoio da gestão hospitalar constitui um fator essencial para o desenvolvimento e garantia de uma CS eficaz (Draganović & Offermanns, 2022). Para Pires et al. (2021), a liderança/ gestão de topo deve ser a primeira a comprometer-se com o objetivo crucial de demonstrar a alta confiabilidade da instituição, encarando a segurança como uma prioridade estratégica e como foco principal da organização. O atual contexto social, económico e político, a nível nacional, consequência da Pandemia Covid-19 e da guerra na Ucrânia, traz novos desafios, também, à gestão hospitalar, pelo que é necessário a adoção de estratégias organizacionais eficazes que continuem a privilegiar a segurança do doente. Para Gois et al. (2021), os líderes das organizações desempenham um papel relevante no envolvimento dos profissionais nos momentos mais desafiadores e de mudanças dentro dos contextos da prática, pelo que se torna importante privilegiar a comunicação clara e a tomada de decisão assertiva e consciente. Esta premissa é corroborada por Pires et al. (2021), os autores defendem que a liderança eficaz aumenta a vontade de mudar, pelo desenvolvimento da capacidade de organização diária e por impulsionarem a execução rápida e complexa de mudanças ao nível da melhoria e que levam a resultados.

A dimensão Equipa e Ritmo de Trabalho obteve, igualmente, um valor baixo de percentagem de respostas positivas, o que demonstra como as condições de trabalho, mais concretamente, o horário de trabalho, a dotação de recursos e a carga de trabalho, influenciam a perceção dos profissionais acerca da CSD, comprometendo a garantia da qualidade e segurança dos cuidados. Esta preocupação está patente nos comentários dos participantes que referem: *"excesso de carga horária" (*P61); "*há problemas recorrentes nas dotações seguras" (P112); "ritmo rápido de trabalho por carga elevada de funções" (P20)*. Estes achados estão em consonância com os últimos resultados publicados (Azyabi et al., 2021; Camacho-Rodríguez et al., 2022; DGS, 2020; Eiras et al, 2014; Eiras, 2021 Fassarella et al., 2018; Khosravizadeh et al., 2020b; Najjar et al., 2018; Reis et al., 2018; Segura-García et al., 2023). Mesmo os EUA (Hare et al, 2022) e o Brasil (Reis et al., 2023) apenas obtiveram percentagens medianas positivas para esta dimensão (51% e 54%, respetivamente). Os achados no nosso estudo poderão estar associados ao facto do questionário ter sido aplicado numa fase (janeiro/fevereiro) em que ainda não tinha sido declarado o fim da pandemia COVID-19, com tendência para o aumento da transmissão, e de se assistir a uma incidência invulgar de outras infeções respiratórias, originando uma maior afluência de doentes ao hospital e, consequentemente, aumento da pressão hospitalar ao nível dos recursos

humanos e da carga de trabalho. Para Lee & Jeong (2018), a excessiva carga de trabalho pode induzir reações físicas, psicológicas e comportamentais negativas, sendo um aspeto crucial a ter em consideração na assistência em saúde. Esta dimensão constitui, assim, uma oportunidade de melhoria prioritária, podendo haver necessidade de implementar estratégias ao nível da Gestão Hospitalar, como a reorganização de serviços e recursos de modo a dar resposta à excessiva demanda de cuidados de saúde, assim como, perceber junto dos profissionais quais são os motivos que interferem com o ritmo de trabalho e que, desse modo, podem influenciar negativamente a segurança do doente.

A dimensão Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua foi a dimensão que maior correspondência apresentou nos comentários dos participantes, evidenciando que os mesmos estão sensíveis à questão da CSD. Estes resultados são inferiores aos apresentados em Portugal (Eiras et al, 2014; Eiras, 2021; Fassarella et al., 2018), em Espanha (Segura-García et al., 2023), no Brasil (Reis et al., 2023), nos EUA (Hare et al., 2022), mas similares aos resultados da Bélgica, com 49% de positividade nas respostas (Najjar et al., 2018). Para Azyabi et al. (2021), esta dimensão pode ser melhorada pela implementação de ações corretivas ao nível da revisão de procedimentos da prática diária, com o intuito de prevenir eventos adversos; pelo incentivo à prática da notificação, voluntaria e não punitiva, dos incidentes de segurança do doente, no sentido da aprendizagem com base no erro; pelo envolvimento de profissionais em todo o processo de reporte, dando conhecimento dos resultados e avaliando as ações de melhoria implementadas. Deste modo, pode afirmar-se que este resultado está correlacionado com a baixa positividade das dimensões Resposta ao Erro e a Comunicação acerca do Erro, pois acabam por ter caraterísticas paralelas.

A dimensão Abertura na Comunicação também apresenta potencial de melhoria neste estudo. Apesar de terem passado quase dez anos após a primeira ACS em Portugal, os resultados continuam idênticos (Eiras et al, 2014; Eiras, 2021), constituindo uma oportunidade para as organizações de saúde implementarem estratégias com o objetivo de estimularem os seus profissionais a comunicarem abertamente, sem medo de culpabilização. Estes resultados são similares ao estudo apresentado por Draganović & Offermanns (2022), onde as pontuações baixas ao nível da comunicação (abertura de comunicação, resposta ao erro e comunicação acerca do erro) sugerem a presença de uma forte cultura de culpabilização.

Relativamente ao grau de segurança atribuído pelos participantes no estudo, como razoável, poderá evidenciar um processo de construção e desenvolvimento da promoção da

CSD na instituição (Ribeiro et al., 2021) ou, pelo contrário, algum desconhecimento dos participantes sobre o que constitui um ambiente de assistência seguro (Lemos et al., 2021).

Da análise apresentada pode concluir-se que a perceção dos profissionais sobre a CSD revela fragilidades. Contudo, é possível implementar estratégias de melhoria, a todos os níveis da organização, para que, dessa forma, se garantam cuidados mais seguros e de qualidade.

8. Conclusão

Este estudo permitiu descrever a CSD hospitalizado percecionada pelos profissionais e, desta forma, identificar as limitações e as áreas prioritárias de intervenção para a melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. Os resultados evidenciaram uma CSD vulnerável nesta Instituição, a necessitar da adoção de medidas estratégicas a este nível, como: maior envolvimento e comprometimento da gestão e dos profissionais com a segurança do doente; valorização das condições de trabalho dos colaboradores; formação na área da segurança do doente, de modo a contribuir para o *empowerment* e sensibilização dos profissionais nesta temática especifica; implementação de sistemas de reporte do erro eficazes e anónimos, bem como, o incentivo à notificação não punitiva, dando *feedback* a quem reporta, e promovendo, desse modo, a aprendizagem com base no erro. O compromisso com a segurança do doente deve constituir uma missão de todos os intervenientes da área da saúde, quer contactem diretamente ou não com os doentes, tornando-se crucial a tomada de consciência de que as suas ações, por mais distantes que pareçam, podem influenciar o resultado e a segurança dos cuidados.

Em relação às limitações ao estudo destaca-se a utilização de um instrumento de colheita de dados por validar, a baixa adesão na resposta ao questionário, o curto espaço temporal de aplicação do mesmo, a limitação da pesquisa unicamente a uma instituição hospitalar e o tamanho reduzido da amostra, condicionando a generalização dos resultados.

Apesar das limitações aludidas, pretende-se com este estudo contribuir para o desenvolvimento e maior conhecimento da CSD hospitalizado, pela identificação de comportamentos e ações que comprometem a segurança e a qualidade da assistência em saúde.

É fundamental continuar a investir em estudos nesta área da CSD, uma vez que existe uma multiplicidade de fatores mutáveis que a condicionam e o avanço do conhecimento na área da saúde é permanente, sendo necessário suportar as ações e os cuidados na melhor evidência científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vertente prática dos estágios permitiu a capacitação técnica e cientifica diferenciada, pelo desenvolvimento e aquisição de competências pessoais, interpessoais e de elevado juízo crítico-reflexivo, desígnios intrínsecos às competências específicas e comuns de Mestre em Enfermagem Médico-Cirurgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Critica.

Os objetivos de nível avançado inicialmente definidos para cada momento de estágio constituíram-se como elementos norteadores da ação ao longo deste percurso, tendo sido logrados com êxito e, desse modo, contribuído para o crescimento pessoal e profissional, pelo desenvolvimento de múltiplas aprendizagens, aquisição de novos conhecimentos e distinta capacidade de tomada de decisão nas situações complexas.

Os estágios em diferentes contextos da prática clínica constituíram-se como oportunidades enriquecedoras de enfrentar novos desafios e de elevada partilha de experiências dentro da equipa multiprofissional, facilitado pela disponibilidade e abertura de todos os intervenientes. Todo este trajeto percorrido permitiu o desenvolvimento da criatividade, resiliência, disciplina, flexibilidade e autonomia, pelo recurso permanente à reflexão crítica, tendo sempre como finalidade os cuidados de enfermagem de excelência.

A componente de investigação permitiu o desenvolvimento de competências neste domínio, em todo o processo metodológico. Os obstáculos e as dificuldades encontradas ao longo deste percurso foram-se desvanecendo pela aquisição de conhecimentos essenciais desde o planeamento, passando pela operacionalização até à análise e comunicação dos resultados, facilitando o processo de evolução na produção de conhecimento científico. Neste sentido, foi possível identificar as dimensões da CSD do doente hospitalizado que necessitam de intervenção imediata e prioritária, suportada na melhor evidência científica.

O presente estudo pretende dar um contributo relevante para o desenvolvimento da CSD hospitalizado, para a afirmação da enfermagem dentro das políticas de saúde e para o progresso da profissão e da disciplina, com ganhos em saúde para a pessoa e para a sociedade em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Surveys on Patient Safety Culture™.* https://www.ahrq.gov/sops/index.html

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019a). *SOPS® Hospital Survey* https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/SOPS-Hospital-Survey-2.0-5-26-2021.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019b). *SOPS™ Hospital Survey Items and Composite Measures Version 2.0.* AHRQ. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-items.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019c). Patient Safety Network. https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety

Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2023). *Hospital Survey on Patient Safety Culture.* Content last reviewed March 2023. AHRQ. https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html

Alexandre, R. & Carreiro, E. (2019). O Papel do Enfermeiro no Controlo da Infeção. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (115-118). Lidel –Edições Técnicas, Lda.

Álvares, M. (2021). *Introdução à Investigação Quantitativa e análise SPSS.* Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E_book_Quantitativos%20%281%29.pdf

Araújo, A. (2019). Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar: Cuidados Intensivos. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (139-148). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Araujo, R., Almeida, L., Paula, V., Nepomuceno, R., & Marins, A. (2020). Aplicabilidade do método ISBAR em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Cogitare Enfermagem*, *25*. https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.70858

Assis, S., Vieira, D., Sousa, F., Pinheiro, C., & Prado, P. (2022). Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: Estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *56*, (pp.1-8). https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0481pt

Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T., & Elshennawy, A. (2021). Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(4), 2353. https://doi.org/10.3390/ijerph19042353

Benner, Patrícia. (2001). *De iniciado a Perito*. Quarteto editora. ISBN 989-558-052-5

Benner, P., Tanner, C., & Chesl, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company, LLC. https://books.google.pt/books?id=6Ql8AAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=patricia+benner+Expertise+in+Nursing+Practice&hl=pt-PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=patricia%20benner%20Expertise%20in%20Nursing%20Practice&f=false

Camacho-Rodríguez, D., Carrasquilla-Baza, D., Dominguez-Cancino, K., & Palmieri, P. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 14380. https://doi.org/10.3390/ijerph192114380

Camargo, F., Pereira, G., Garcia, L., Antunes, M., Araujo, A., & Santos, Á. (2021). Ensino da prática baseada em evidências: Perspectivas de enfermeiros gestores universitários. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, *9*(2), 427. https://doi.org/10.18554/refacs.v9i2.4695

Carmo, A., & Santiago, M. (2022). Enfermagem e a utilização segura de medicação de alerta máximo em Cuidados Intensivos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, *8*(11), 25–40. https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7539

Castro, C., Marques, M., & Vaz, C. (2022). Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, *27*. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767

Council of Europe (2006) *Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care* (965th Meeting of the Ministers' Deputies, Committee of Ministers, 24 May 2006)

Conselho da União Europeia. (2009). *Recomendação 2009/C 151/01 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Jornal Oficial da União Europeia. (151/01-151/6) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN

Correia, S. (2020). Gestão*: Stress* e *Burnout*. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos,* (48-56). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43* (1): 59-68 https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31334/1/59-68.pdf

Decreto-Lei 48/95 de 15 de março (1995). Diário da Republica I serie, nº63 (15-03-1995) (1350-1416) https://files.dre.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf

Decreto-Lei 71/2019 de 27 de maio (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República I série, nº 101 (27/05/2019) (2626-2641) https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf

Despacho 14223/2009 de 24 de Junho (2009). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diario da Republica, 2.ª série, nº 120 (24.06.2009) (24667)

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, n.º 28 (10/02/ 2015) (3882-2-3882-10)

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2*015-2020.* Diário da República, 2.ª série, n.º 102 (27-05-2015) (13550-13553) https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf

Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República II serie, nº 174 (16-09-2022) (93-98) https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2004). P*lano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (2004/2010 prioridades; volume I) https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf

Direção-Geral da Saúde (2011a). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica - Braden Q* (Orientação 017/2011 de 19 de maio). DGS. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral de Saúde. (2011b). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. DGS. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo de Infeção* (Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Medicamentos de alerta máximo* (Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto). DGS: Departamento da Qualidade na Saúde, (1-7). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015b). *Uso e gestão de luvas nas Unidades de Saúde* (Norma nº 013/2014 atualizada a 25/08/2015). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº 001/2017 de 08/02/2017). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaude.Pdf

Direção-Geral da Saúde (2017b). *Recomendação Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de cuidados de agudos PPCIRA.* DGS. https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* (Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf

Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2020). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais* (005/2018 atualizada a 10/01/2020). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/02/i025764.pdf

Direção-Geral de Saúde (2022a). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. DGS. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspxD

Direção-Geral da Saúde (2022b). *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação* (Norma nº 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde (2022c). *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos* (Norma nº 004/2013 atualizada a 27/07/2022). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-

content/uploads/2013/02/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf

Direção-Geral da Saúde (2022d). *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical* (Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022e). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central* (Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022f). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico* (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022g). *Plano Estratégico do Ministério da Saúde (MS) para a Resposta Sazonal em Saúde Inverno 2022-2023.* DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2022/11/Resposta-Sazonal-em-Sau%CC%81de_Estrate%CC%81gia-do-Ministe%CC%81rio-da-Sau%CC%81de_23-novembro.pdf

Direção Geral de Saúde. (2022h). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente* (Norma nº 017 de 19/12/2022). DGS. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2023). *Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI.* DGS. https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategia-multimodal-pbci.aspx

Draganović, Š., & Offermanns, G. (2022). Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. *PLOS ONE*, *17*(10), e0274805. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274805

Dreyfus, S. & Dreyfus, H. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition.* University of California, Berkeley file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/A_Five-Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involv.pdf

Duarte, J., Gonçalves, A.,& Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.), *Investigação em Enfermagem*, (pp. 15-50). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia.* [Tese de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa]. Run - Repositório Universidade Nova

Eiras, M., Escoval, A., Monteiro Grillo, I., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *27*(2), 111–122. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072

Eiras, M. (2021). Cultura de Segurança do Doente: Novos Desafios para uma Mudança de Paradigma. In Barroso, F., Sales, L.,& Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 41-50). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) (2022). *Regulamento do 2º ciclo de estudos dos cursos de Mestrado*. ESSNorteCVP. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Regulamento-do-2oCiclo-de-Estudos-dos-Cursos-de-Mestrado_s_signed%20(1).pdf

European Commission. (2005). *Patient Safety – Making it Happen! - Luxembourg Declaration on Patient Safety. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf*

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare of the Council of Europe (EDQM). (2022). *Guide to the quality and safety of organs for transplantation* (8th Edition). EDQM

European Society for Quality in Healthcare [ESQH]. (2010). *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. ESQH, Office for Quality Indicators. https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf

Fassarella, C., Camerini, F., Henrique, D., Almeida, L., & Figueiredo, M. (2018). Evaluation of patient safety culture: Comparative study in university hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *52*(0). https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017033803379

Ferreira, E. (2019). Importância das Comissões de Controlo de Infeção: vigilância das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.), *Controlo de Infeção Hospitalar.* (183-195). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Filiz, E., & Yeşildal, M. (2022). Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR – HSOPSC 2.0). *BMC Nursing*, *21*(1), 325. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01112-9

Freixo, P., Pereira, R., & Costa, N. (2020). O doente em fim de vida. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (301-309). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Fronteira, I., Jesus, É., & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(1), 273–282. https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019

Galvão, T., Lopes, M., Oliva, C., Araújo, M., & Silva, M. (2018). Patient safety culture in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *26*(0). https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014

Gois, E., Silva, G., Pereira, S., Barja, P., & Viriato, A. (2021). Liderança e novos desafios da gestão hospitalar diante da pandemia de covid-19. *Revista Univap*, *27*(55). https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v27i55.2590

Gonçalves, S., & Carmo, T. (2022). Implicações das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *11*(1), e2746. https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746

Granel-Giménez, N., Palmieri, P., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J., & Bernabeu-Tamayo, M. (2022). Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 939. https://doi.org/10.3390/ijerph19020939

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, *27*(1), 258–272. https://doi.org/10.1177/0969733019832941

Hare, R., Tapia, A., Tyler, E., Fan, L., Ji, S., Yount, N., Sorra, J., & Famolaro, T. (2022) *Surveys on Patient Safety CultureTM (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2022 User Database Report.* AHRQ. Publication No. 22(23)-0066. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf

Herwaldt, L., & Kaldjian, L. (2018). Ethical Aspects of Infection Prevention. In Lautenbach, E., Malani, P., Woeltje, K., Han, J., Shuman, E., & Marschall, J. (Eds.), *Practical Healthcare Epidemiology* (4.ª ed., pp. 1–12). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781107153165.002

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). *Estatísticas da Saúde – 2020.* INE. Edição 2022. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ESaude_2020.pdf

Instituto Português de Sangue e Transplantação [IPST]. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. (5ª Edição). Conselho de Europa. http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf

Jamal, K., Alameri, R., Alqahtani, F., AlGarni, R., Alamri, N., Elshnawie, H., Badawi, S., & Hussien, A. (2023). Knowledge and Attitudes of Critical Care Nurses Regarding Pain Management in Saudi Arabia. *Medical Archives*, *77*(1), 49. https://doi.org/10.5455/medarh.2023.77.49-55

Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., & Roh, Y. S. (2021). Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, *29*(5), 1189–1198. https://doi.org/10.1111/jonm.13257

Kandi, V. (2022). Research Process, Study Variables, Statistical Validations, and Sampling Methods in Public Health Related Research: An Update. *American Journal of Biomedical Research*, *10*(1), 1-8. http://dx.doi.org/10.12691/ajbr-10-1-1

Khosravizadeh, O., Mohseni, M., Baghian, N., Maleki, A., Hashtroodi, A., & Yari, S. (2020). Front-line staff's perspective on patient safety culture in Iranian medical centers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, *31*(4), 193–207. https://doi.org/10.3233/JRS-191021

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system.* National Academy Press.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed editora. (3ª edição)

Lee, S., & Jeong, I. S. (2018). A Resource-Based Relative Value for Clinical Research Nurses' Workload. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, *52*(3), 313–320. https://doi.org/10.1177/2168479017731585

Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto (2005). Constituição da República Portuguesa - Sétima Revisão Constitucional. Diário da Republica I série, nº155 (4642-4686) https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf

Lemos, G., Mota, I., Reis, A., Perini, E., Rosa, M., & Pádua, C. (2021). Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos de equipe multiprofissional de saúde. *Research, Society and Development*, *10*(8), e27410817291. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17291

Lima, S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(19), 99–106. https://doi.org/10.12707/RIV18023

Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score. *Servir*, *N.º 01*, 19-30 Páginas. https://doi.org/10.48492/SERVIR0201.23763

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice.* Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Ministério dos Negócios Estrangeiros [MNE]. (1978). Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948. Diário da República I Série, n.º 57/78 (489-493) https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf

Najjar, S., Baillien, E., Vanhaecht, K., Hamdan, M., Euwema, M., Vleugels, A., Sermeus, W., Schrooten, W., Hellings, J., & Vlayen, A. (2018). Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: A national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. *BMJ Open*, *8*(7), e021504. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504

Nassar Junior, A., Pires Neto, R., Figueiredo, W., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*, *126*(4), 215–219. https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática.* (1ª edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* Alterado e republicado pela lei nº 156/2015 de 16 de setembro., 1-112. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Atribuição de Responsável de Turno* (Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica), 1-3.

file:///C:/Users/Utilizador/Dropbox/Ana%20mestrado/Est%C3%A1gio%20II/Teses%20realtorio%20final/2017%20ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirurgica (2020). *Tomada de posição sobre a admissão de Enfermeiros recém-formados em Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos*. OE https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce_mceemc_admiss%C3%A3o-de-enfermeiros-rec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf

Ozdinc, A., Aydin, Z., Calim, M., Ozkan, A. S., Bakir, H., & Akbas, S. (2023). Privacy awareness among healthcare professionals in intensive care unit: A multicenter, cross-sectional study. *Medicine*, *102*(6), e32930. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032930

Pereira, R. (2020). Prevenção e controlo de infeção. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (161-174). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2020). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS.* (6ª edição). Edições Sílabo

Pires, S., Ramos, S. & Barroso, F. (2021). Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. In Barroso, F., Sales, L.,& Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente.* (pp. 31-40). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Pishgooie, A., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Falcó-Pegueroles, A. (2019). Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*, *26*(7–8), 2225–2238. https://doi.org/10.1177/0969733018796686

Portaria n.º 87/2015 de 23 de março (2015). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Diário da República I série, nº57 (1656-1659)

Portaria n.º 155/2009 de 10 de Fevereiro (2009). Diário da República I série, nº28 (10/02/2009) (878-881) https://files.dre.pt/1s/2009/02/02800/0087800881.pdf

Purna Singh, A., Vadakedath, S., & Kandi, V. (2023). Clinical Research: A Review of Study Designs, Hypotheses, Errors, Sampling Types, Ethics, and Informed Consent. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.33374

Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação Segura na Implementação de Cuidados em Enfermagem. *Servir*, (nº 03), e27163. https://doi.org/10.48492/SERVIR0203.27163

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem

à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série, nº135 (16/07/2018) (19359-19370)

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II serie, nº184 (25-09-2019) (128-153). https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, nº26 (06/02/2019) (4744-4750). https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Reis, C., Paiva, S., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, *30*(9), 660–677. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080

Reis, C., Laguardia, J., Araújo, B., Andreoli, P., Nogueira Júnior, C., & Martins, M. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7

Ribeiro, R., Servo, M., & Silva Filho, A. (2021). Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. *Enferm Foco 12* (3) 504-511. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240

Rocha, P. (2023). O doente e a família em cuidados intensivos: parceiros de um cuidado humanizado. *Ordem dos Enfermeiros Secção Regional dos Açores.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28049/29_01_2023-21792-p%C3%A1gina-1-geral.pdf

Rosinhas, A., Gomes, A., Ribeiro, D., Lourenço, I., Peixoto, N., Cid, S., Ramos, S., Fernandes, S., & Peixoto, T. (2020). Sistemas de Informação em Enfermagem e Tomada de Decisão Clínica dos Enfermeiros. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (341-348). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: Use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(1), 126–134. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621

Segura-García, M., Castro Vida, M., García-Martin, M., De Soria, R., Cortés-Rodríguez, A., & López-Rodríguez, M. (2023). Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-

Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3), 2329. https://doi.org/10.3390/ijerph20032329

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) – Grupo de Avaliação da Dor. (2011). *Resultados Programa Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos* (1-43). https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf

Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N., Caporaso, A., Gray, L., Zebrak, K., Hare, R., Shakia, T., Fan, L., & Birch, R. (2019a). *Surveys on Patient Safety Culture™: Pilot Test Results From the 2019 AHRQ Surveys on Patient Safety CultureTM (SOPSTM) Hospital Survey Version 2.0 Part I: Overall Results*. AHRQ. Publication No. 19-0068 (1-20) https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pilot-results-parti.pdf

Sorra J, Yount N, Famolaro T, & Famolaro. (2019b). *Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide.* AHRQ. Publication No. 19-0076. https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/ index.html.

Sorra, J., Famolaro, T., & Yount, N. (2019c). *Surveys on Patient Safety Culture™: Transitioning to the SOPS™ Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What To Expect Part I: Main Report.* AHRQ. Publication No. 19-0076-1-EF (1-17) https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift Handover. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(Nº 21), 151–158. https://doi.org/10.12707/RIV19014

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, *3*(2), 39–48. https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97

Souza, T., De Oliveira, S., & Silva, M. (2019). Avaliação da dor no paciente adulto critico: Proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas: Evaluation of pain in the critical patient adult: proposal for construction of a fluxogram based on scientific evidence. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, *90*(28). https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.489

Tajdari, S., Irajpour, A., Shahriari, M., & Saghaei, M. (2022). Identifying the dimensions of patient privacy in intensive care units: A qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. https://doi.org/10.18502/jmehm.v15i6.11048

Teixeira, F., Pires, M. & Simões, N. (2019). Importância das Comissões de Controlo de Infeção: Formação. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.), *Controlo de Infeção Hospitalar.* (196-203). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Teixeira, A., Nogueira, A., & Alves, P. (2020). Gestão: Empoderamento Profissional em Enfermagem. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (42-47). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Teixeira, A. & Vieira. F. (2020). Qualificação para uma Prática de Sucesso: o Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (21-24). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Van Marum, S., Verhoeven, D., & De Rooy, D. (2022). The Barriers and Enhancers to Trust in a Just Culture in Hospital Settings: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety, 18*(7), 1067-1075 DOI: 10.1097/PTS.0000000000001012

Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, A., & Lima, R. (2020). *Delirium*: uma problemática atual. In Pinho, J. (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* (81-92). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento.* (3ª edição). Edições Sílabo, Lda.

Waterson, P., Carman, E., Manser, T. & Hammer, A. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open.* 9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026896

World Health Organization [WHO]. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme.* WHO. ISBN 92 4 159244 3. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf

World Health Organization. (2006). *World alliance for patient safety: WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft) - Global patient safety challenge 2005- 2006: Clean care is safer care.* WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69323/WHO_EIP_SPO_QPS_05.2.REV.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2009). *World Alliance for Patient Safety: The Second Global Patient Safety Challenge - Safe Surgery Saves Lives*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.* WHO. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf

World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical report and guidance.* WHO. ISBN 978-92-4-001033-8. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.* WHO. ISBN 978-92-4-003270-5. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

YazdiMoghaddam, H., Manzari, Z.-S., & Mohammadi, E. (2020). Nurses' challenges in caring for an organ donor brain dead patient and their solution strategies: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *25*(4), 265. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_226_18

ANEXOS

ANEXO I: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO - CUIDADOS AO DOENTE COM DRENO TORÁCICO

[redacted]	**Cuidados ao doente com dreno torácico**	**Elaborado em** __/__/____	**Folha** 1/8
		Revisto em __/__/____	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

1. Âmbito:

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

2. Responsabilidade pela implementação

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

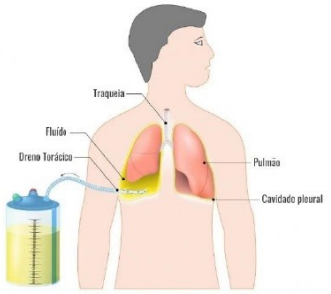
3. Fundamentos

A drenagem torácica consiste na introdução de um dreno na cavidade torácica (pulmão, cavidade pleural ou espaço mediastínico), com o objetivo de remover líquidos e/ou ar da cavidade torácica, permitindo a reexpansão total ou parcial do pulmão colapsado.

A drenagem torácica pode ser dividida em dois tipos:

- Passiva: na qual o conteúdo é drenado para o exterior através da ação da gravidade e dos movimentos respiratórios da pessoa;
- Ativa: na qual o conteúdo é drenado para o exterior através de uma pressão negativa contínua, obtida por uma fonte de vácuo.

Este procedimento está indicado em situações de pneumotórax; derrame pleural; manipulações médico-cirúrgicas da cavidade pleural: após toracotomia, toracoscopia ou cirurgia cardíaca com perda da integridade pleural e quando associado a sintomas, nomeadamente, de dificuldade respiratória grave ou aguda, compromisso hemodinâmico e pneumotórax hipertensivo.



Fonte: Cirurgia Torácica do Vale

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/____	Folha 2/8
		Revisto em __/__/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

A realização deste procedimento deve cumprir as seguintes **recomendações gerais**:

- Consultar o processo clínico de forma a individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados;
- Atender às preferências e privacidade da pessoa (quando possível);
- Utilizar técnica assética;
- Verificar as condições ambientais (temperatura, ventilação, ruído, odores e iluminação);
- Providenciar o sistema de drenagem adequado;
- Preparar o sistema de drenagem: preencher o sistema de drenagem com o selo de água destilada até um nível segundo recomendações do fabricante;
- Conectar a extremidade do dreno torácico ao sistema de drenagem, assegurando que se encontram corretamente conectadas/seladas e efetuar penso ao local de inserção conforme procedimento;
- Manter o sistema de drenagem a um nível inferior ao do tórax da pessoa numa posição vertical;
- Evitar angulações do dreno ou tubuladura para manter um bom funcionamento do sistema de drenagem;
- Se existirem coágulos/fibrina no circuito de drenagem, as tubuladuras devem ser "mugidas" na tentativa de mobilizar os coágulos;
- Vigiar a câmara subaquática para despistar complicações, características e quantidade do drenado.

4. Objetivos

- Descrever os procedimentos específicos relativos à drenagem de líquido e/ou ar da cavidade torácica;
- Definir os parâmetros a vigiar para manter o correto funcionamento do sistema de drenagem.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados ao doente com dreno torácico**	**Elaborado em** __/__/____	**Folha** 3/8
		Revisto em __/__/____	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

5. Descrição do procedimento

Recursos Materiais:

- Máquina de tricotomia, eventualmente;
- Bata esterilizada;
- Luvas esterilizadas;
- Máscara adequada e barrete;
- Resguardo impermeável;
- Anestésico local;
- Seringa de 5cc ou 10cc;
- Agulhas de diluição e subcutânea;
- Solução desinfetante dérmica;
- Campos esterilizados;
- Compressas esterilizadas;
- Kit de torocotomia;
- 2 clampes;
- 2 Lâminas de bisturi nº20;
- 2 Fios sutura (Seda 0) com agulha lanciolada;
- Dreno torácico e sistema drenagem torácica;
- Água bidestilada (para selo de água);
- Tubo para colheita de líquido pleural, eventualmente;
- Aspirador de baixa pressão, caso necessário;
- Penso.

Material necessário para a inserção do dreno

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/____	Folha 4/8
		Revisto em __/__/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

Procedimento de Inserção do Dreno

1. Providenciar os recursos para junto da pessoa;
2. Higienizar as mãos;
3. Usar EPI adequados à condição clínica da pessoa;
4. Explicar o procedimento à pessoa;
5. Monitorizar e registar sinais vitais;
6. Posicionar a pessoa em decúbito dorsal com elevação do membro superior do lado da colocação do dreno;
7. Colocar resguardo impermeável;
8. Colaborar com o médico na inserção do dreno torácico;
9. Conectar a extremidade do dreno ao sistema de drenagem e verificar se as conexões estão bem seladas;
10. Posicionar o sistema de drenagem num nível inferior ao do tórax e em posição vertical;
11. Observar se há oscilação na coluna de água do recipiente que funciona como selo de água;
12. Executar o penso do local de inserção com técnica asséptica;
13. Verificar se as tubuladuras têm angulações;
14. Assegurar realização de raio x de controlo do tórax;
15. Posicionar a pessoa de forma confortável;
16. Assegurar a recolha e lavagem do material;
17. Retirar EPI;
18. Lavar as mãos;
19. Registar características e quantidade do drenado uma vez por turno.

Manutenção da Drenagem Torácica

1. Calçar luvas esterilizadas;
2. Kit de pensos;
3. Executar penso do local de inserção (tratamento da ferida cirúrgica): limpeza com soro fisiológico e desinfeção com solução desinfetante dérmica e colocação de penso de proteção;
4. Remover luvas esterilizadas;

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/___	Folha 5/8
		Revisto em __/__/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

5. Identificar complicações: verificar o ponto de fixação do dreno, bem como a *cerclage*, sinais inflamatórios/infeciosos, enfisema subcutâneo, hemorragia, fugas de ar, entre outras;
6. Verificar a permeabilidade do sistema de drenagem;
7. Incentivar a pessoa a mobilizar o membro superior do lado da drenagem;
8. Efetuar registos.

Troca do Sistema de Drenagem, Substituição e Clampagem

1. Os frascos de drenagem devem ser substituídos sempre que o líquido drenado se aproxime da capacidade máxima do frasco, de 3/3 dias ou sempre que necessário;
2. Quando se substituem os frascos deve efetuar-se uma dupla clampagem em direções opostas, durante a expiração e o mais junto possível do local de inserção do cateter, solicitando simultaneamente à pessoa para realizar a manobra de Valsava (exceto se houver contraindicação);
3. Manter dois clampes por tubo em local bem visível e de fácil acesso;
4. Se após a clampagem a pessoa iniciar um quadro de dificuldade respiratória (polipneia, dispneia, dor torácica, ansiedade, cianose) deve fazer-se desclampagem imediata (pois pode ser sinal de pneumotórax hipertensivo com possível desvio do mediastino);
5. Providenciar sistema de drenagem com selo de água;
6. Clampar dreno torácico;
7. Evitar entrada de ar através do dreno, para a cavidade pleural;
8. Desconectar sistema de drenagem em uso do dreno torácico;
9. Desinfetar extremidade do dreno;
10. Cortar com bisturi a extremidade do sistema de drenagem novo e conectá-lo ao dreno torácico.

Nota: A clampagem dos drenos pleurais deve ser em geral evitada. No entanto, existem três situações com indicação para o efetuar:

- Quando se processa à substituição da tubagem do sistema;
- Na administração de agentes fibrinolíticos ou para pleurodese;
- Na prevenção de edema pulmonar de reexpansão.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/____	Folha 6/8
		Revisto em __/__/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

Vigilância do Sistema de Drenagem

1. A monitorização de um sistema de drenagem deve ser feita de forma sistemática, avaliando as características da drenagem e o próprio sistema
2. A monitorização deve ser feita a cada 8 horas e registada;
3. Avaliar:
   - Oscilações da coluna de líquido;
   - Presença de *air leak* (borbulhar);
   - Volume de líquido drenado;
   - Características do líquido (cor, transparência e sedimento);
   - Pressão aplicada ao sistema;
   - Tempo de colocação da drenagem;
4. Manter o sistema sem interrupção, quando é feita a colheita de líquido drenado para análise;
5. Manter os tubos sem angulações ou ansas pendentes, que impeçam ou dificultem a drenagem;
6. Manter o sistema sem acumulação de sangue ou fibrina;
7. O sistema de drenagem torácica não deve ser demasiado curto, de modo a permitir a mobilidade da pessoa e evitar repuxamento do dreno, nem demasiado comprido para prevenir angulações ou ansas;
8. Vigiar a pessoa regularmente para verificação da mobilidade torácica e deteção precoce de complicações;
9. O registo deve incluir sinais e sintomas que possam estar relacionados com complicações de drenagem e medicação analgésica administrada;
10. Quando se utiliza um sistema de drenagem simples com estanquicidade subaquática, o coletor deve estar sempre localizado abaixo do nível de inserção do tubo e a extremidade do tubo deve e estar permanentemente abaixo do nível da água;
11. Evitar espremer por rotina os tubos torácicos devido ao aumento da pressão negativa intratorácica gerada pelo ato, se existirem coágulos no líquido drenado ou obstrução no circuito os tubos podem ser espremidos com precaução e suavidade;
12. Vigiar a câmara subaquática para deteção de borbulhar ou alteração súbita da quantidade do líquido drenado;

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/___	Folha 7/8
		Revisto em __/__/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

13. Na drenagem pleural o borbulhar intermitente é considerado "normal" e aumenta durante a expiração. O borbulhar rápido durante a inspiração ou expiração significa que há perca de ar na pleura, na incisão operatória ou fuga no sistema;
14. No caso de uma drenagem muito borbulhante:
    - Utilizar dois frascos de drenagem e não apenas um;
    - No frasco mais próximo da pessoa, a tubuladura não é mergulhada na água destilada/soro fisiológico 0,9% (evita-se a formação de espuma);
    - Conecta-se o primeiro frasco a um segundo, este último com a tubuladura mergulhada na água destilada;
15. Manter sempre o sistema de drenagem abaixo do nível de inserção do(s) dreno(s). Em caso de necessidade de manipulação do sistema de drenagem, acima do nível de inserção dos drenos, estes devem ser clampados. **NUNCA** se deve clampar o sistema de drenagem em pessoas com fístulas pulmonares ou brônquicas (ex: pneumotórax ou após cirurgia pulmonar);
16. A câmara subaquática é preenchida com água destilada até ao nível indicado pelo fabricante;
17. A tubuladura deve ficar 2cm abaixo do nível do líquido, funcionando como válvula que permite o fluxo unidirecional do ar ou fluído para fora do espaço pleural;
18. Imobilizar os tubos de drenagem nas conexões com cinta e no local de inserção dos drenos colocar penso;
19. Caso a situação da pessoa o permita, devem ser educados a vigiar o seu tubo de drenagem nomeadamente referente à sua mobilização;
20. Reexpansão total do pulmão (no caso da drenagem passiva): O bom funcionamento desta drenagem é demonstrado pela oscilação da coluna de líquido que fica introduzido na H2O;
21. Ao verificar a inexistência de oscilação deve:
    - Verificar se não existe angulação dos tubos;
    - Mudar a pessoa de posição;
    - Incentivar a pessoa a tossir e a fazer inspirações profundas;
22. Saída acidental do dreno:
    - Calçar luvas esterilizadas;
    - Apertar os bordos do orifício;

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	Cuidados ao doente com dreno torácico	Elaborado em __/__/____	Folha 8/8
		Revisto em __/__/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.__.____	

- Colocar um penso compressivo;
- Desconexão ou quebra do frasco: Efetuar dupla clampagem.

Transporte da Pessoa com Drenagem Torácica

1. Não clampar o dreno;
2. Assegurar que durante a transferência do leito para a maca ou vice-versa, o frasco não tomba, parte ou fica preso nalguma saliência;
3. Fixar o frasco ao leito/maca;
4. Assegurar o acompanhamento da pessoa por um enfermeiro.

6. Monitorização / avaliação

- Verificar a integridade do sistema de drenagem e garantir a funcionalidade do sistema: oscilação/borbulhar na coluna de água e drenagem de líquido;
- Vigiar possíveis complicações: enfisema subcutâneo; inexistência de oscilação do sistema; hemorragia provocada por lesão inadvertida do pulmão, coração, artéria aorta e veia cava; hemorragia provocada pela inserção do tubo próximo do bordo inferior da costela e infeção do local de inserção do dreno e contaminação das pleuras.

7. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: procedimentos Técnicos* (2ª ed.). ACSS.

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2012). *Linhas de Consenso: Drenagem Torácica no Doente com Cancro do Pulmão Avançado, Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção*. AEOP.

Hasselman, B., Rانção, C., Tavares, G., Almeida, L., Camreini, F., Paula, V. (2021). Boas práticas de enfermagem na utilização de dreno de tórax: revisão integrativa. *Global Academic Nursing Journal,* 2 (1-7). https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200173

Elaborado por:	Revisto por:

ANEXO II: PROCEDIMENTO ESPECÍFICO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA FECAL DO DOENTE CRÍTICO COM SONDA FLEXI SEAL®

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 1/12
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.___	

1. Âmbito:

Aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

2. Responsabilidade pela implementação

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

3. Fundamentos

A diarreia e a incontinência fecal transitória constituem um problema comum que pode agravar as patologias pré-existentes, dificultar o tratamento e piorar o prognóstico dos doentes.

Os doentes críticos são mais suscetíveis a episódios de diarreia e incontinência fecal aguda, que geralmente têm origem desconhecida ou multifatorial devido a alterações da flora e motilidade gastrointestinal normal, repouso intestinal prolongado, administração de nutrição enteral e tratamentos farmacológicos, como antibióticos. Estes fatores produzem uma série de complicações graves para o doente, como alterações na barreira protetora da pele, aumentando a sua fragilidade, maceração e escoriações, contribuindo para o aparecimento de úlceras por humidade.

A literatura demonstra que a presença de um ambiente húmido multiplica até cinco vezes o risco de desenvolver úlceras por pressão (Deza et al, 2021).

O sistema de controlo da incontinência fecal Flexi-Seal® é um dispositivo projetado para dar resposta a esta problemática, permitindo uma gestão adequada da diarreia nos doentes críticos, conseguindo manter a área perianal limpa e seca e permitindo, deste modo, melhorar o seu bem-estar e reduzir as complicações a ela associadas.

Este tipo de sonda está **indicada** nas seguintes situações:

- Doentes com fezes líquidas ou semilíquidas;
- Doentes com lesões cutâneas na região posterior da coxa, região glútea e/ou perineal;
- Feridas cirúrgicas;
- Úlceras por pressão;
- Queimaduras (áreas dadoras e com enxerto);

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 2/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ._.___	

- Gangrena de Fournier.
- Doentes com diarreia associada à nutrição enteral;
- Doentes com diarreia secundária a infeção hospitalar ou comunitária (Clostridium difficile, Salmonella, entre outros);
- Doentes em que as mobilizações estão contraindicadas ou apresentam risco para sua patologia:
  - Instabilidade hemodinâmica;
  - Comprometimento respiratório e/ou neurológico grave (hipertensão intracraniana, lesões na medula espinhal);
  - Politraumatismo grave;
  - Doentes em decúbito ventral.

Este dispositivo está **contraindicado** nas seguintes situações:

- Doentes com cirurgia do intestino distal: reto e sigmoide;
- Doentes com tumor do reto;
- Doentes com estenose anal;
- Hemorróidas grave;
- Menores de 18 anos;
- Doentes com coagulopatias graves;
- Alergia ou sensibilidade a algum dos componentes.

Os **efeitos adversos** que poderão estar relacionados com a utilização do sistema de controlo da incontinência fecal Flexi-Seal® são os seguintes:

- Vazamento de fezes extra dispositivo;
- Hemorragia retal ou anal devido a necrose ou ulceração por pressão da mucosa retal ou anal e irritação da pele perianal;
- Atonia do esfíncter anal;
- Infeção intestinal, obstrução e perfuração.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/____	**Folha** 3/9

O sistema de controlo de incontinência fecal Flexi-Seal® é constituído:

Fonte: Convatec

1. **Indicador SIGNAL®** - fornece indicação visual do preenchimento ideal e evita o enchimento excessivo;
2. **Cateter de silicone**, com **balão de retenção** de baixa pressão na extremidade distal;
3. **Bolsa de cor azul** para introdução digital do balão de retenção, garantindo o seu correto posicionamento;
4. **Saco** ventilado com filtro de carvão ativado;
5. **Acesso para colheita** de amostras de fezes de forma fácil e segura;
6. **Clampe** para colocar após administração de medicamentos (pelo acesso da irrigação).

4. Objetivos

- Descrever os procedimentos específicos relativos à constituição, colocação e utilização do sistema de incontinência fecal Flexi-Seal®;
- Definir os parâmetros a vigiar para manter o correto funcionamento do dispositivo.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 4/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

5. Descrição do procedimento

Indicações para a correta utilização do dispositivo:

PREPARAÇÃO DO DISPOSITIVO E DO DOENTE:

Fonte: Convatec

1. Além do sistema de incontinência fecal **Flexi-Seal®**, é necessário luvas e lubrificante; de seguida, remover qualquer ar residual do balão conectando a seringa à porta de insuflação e aspirar;
2. Expelir qualquer ar da seringa e encher a seringa vazia com 45 ml de água ou solução salina, conforme indicação do fabricante; **não encher além de 45ml**; conectar a seringa à porta de insuflação branca (está marcado com o símbolo de menor ou igual a 45mL);
3. Encaixar firmemente o saco coletor no conector da extremidade do cateter;
4. Posicionar o doente em decúbito lateral esquerdo; se for incapaz de tolerar, posicionar o doente para que o acesso ao reto seja possível; de seguida, realizar um exame retal digital para avaliar o tónus anal;

INSERÇÃO DO DISPOSITIVO:

Fonte: Convatec

1. Remover qualquer outro dispositivo anal antes da inserção da sonda Flexi-Seal®; desdobrar o comprimento do cateter, estendendo o saco coletor em direção aos pés da cama; inserir um dedo indicador, usando luvas e lubrificante, na bolsa do balão de retenção azul; colocar gel lubrificante na extremidade do balão do cateter;

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 5/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

2. Inserir cuidadosamente o balão através do esfíncter anal até que esteja posicionado além do orifício externo e dentro da abóbada retal; o dedo pode ser removido ou permanecer no reto durante a insuflação do balão;
3. Insuflar o balão com água ou solução salina pressionando lentamente a seringa; nunca insuflar o balão com mais de 45ml;
4. Assim que o balão atingir o nível de enchimento recomendado (até 45 ml), a bolha indicadora na porta de insuflação ficará saliente;

Fonte: Convatec

5. Se a bolha indicadora não ficar saliente o balão está pouco preenchido: retirar o líquido e voltar a encher o balão conforme descrito; se a bolha indicadora expandir com menos de 30 ml, retirar o líquido e reposicionar o balão na abóbada retal; depois do reposicionamento, voltar a encher o balão conforme descrito;
6. Se a bolha indicadora esvaziar ou parecer excessivamente insuflada, o balão de retenção não está bem posicionado: retirar o líquido e voltar a encher o balão conforme descrito; remover a seringa da porta de insuflação; puxar suavemente o cateter de silicone para verificar se o balão está bem posicionado no reto, contra o assoalho retal; observar a linha indicadora de posição em relação ao ânus do doente e observar as mudanças na localização da linha indicadora de posição para determinar o movimento do balão de retenção. Alterações podem indicar a necessidade de reposicionamento do balão ou dispositivo;
7. Posicionar o comprimento do cateter de silicone ao longo da perna do doente, de modo a evitar dobras e obstruções;
8. Pendurar o saco coletor pela alça ao lado da cama; garantir o posicionamento do saco coletor num nível inferior ao do doente, garantindo um fluxo desobstruído.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 6/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

IRRIGAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DO DISPOSITIVO:

Fonte: Convatec

1. Enxaguar o cateter enchendo a seringa com água à temperatura ambiente: conectar a seringa à porta de irrigação azul (marcada com IRRIG) e pressionar o êmbolo; verificar se a seringa não está inadvertidamente conectada à porta de insuflação do balão branco (marcado com o símbolo de menor que/igual a antes de 45mL); verificar o dispositivo com frequência quanto a obstruções causadas por dobras, partículas fecais sólidas ou pressão externa; **lavar o dispositivo, unicamente, para garantir a sonda desobstruída.**
2. Repetir o procedimento de irrigação sempre que necessário para manter o funcionamento adequado do dispositivo; se a lavagem não for eficaz, deve inspecionar-se o dispositivo para verificar se não há obstrução (pressão de parte do corpo, interrupção da diarreia); se nenhuma fonte de obstrução for detetada, o uso do dispositivo deve ser interrompido.
3. Trocar o saco coletor de fezes sempre que necessário: encaixar a tampa em cada saco usado; descartar para o resíduo do grupo III.
4. Antes de remover o dispositivo do reto, o balão de retenção deve ser esvaziado: conectar a seringa à porta de insuflação e retirar lentamente toda a água do balão; desconectar a seringa e descartar; segurar firmemente a sonda o mais próxima possível do doente e desliza-la lentamente para fora do ânus; descartar o dispositivo para o resíduo do grupo III.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 7/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO:

Fonte: Convatec

1. Preparar o dispositivo para a administração de medicação lavando a linha de irrigação com 10 ml de água à temperatura ambiente; em seguida, retirar o clampe que vem com o kit e verificar que o clampe tem dois entalhes e, portanto, duas posições de encerramento; sem fechar, posicione o clampe ao redor do cateter, na linha indicadora preta; a extremidade de encerramento do clampe deve ser posicionada no mesmo lado da linha indicadora preta; fechar o clampe na primeira posição de encerramento: deve ouvir-se um clique para confirmar que o clampe está fechado; preparar uma nova seringa com a medicação, conforme prescrição médica e conectar a seringa com a medicação à porta de irrigação azul (marcada como "IRRIG.").
2. Pressionar o êmbolo da seringa para administrar o medicamento; assim que toda a medicação tiver sido instilada, remover a seringa e descartar para o resíduo do grupo III; de forma a garantir a administração do medicamento no reto: lavar imediatamente a linha de irrigação com pelo menos 50 ml de água à temperatura ambiente; em seguida, apertar completamente o clampe (fechando-o na segunda posição de encerramento); confirmar que não há retorno de medicação para a sonda; deixar atuar conforme prescrição e de seguida abrir e remover o clampe da sonda; lavar a linha de irrigação mais uma vez com 10ml de água.

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 8/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ._.____	

COLHEITA DE FEZES PARA AMOSTRA

Fonte: Convatec

1. Para colher fezes para análise é necessário calçar luvas e arranjar uma seringa de 50ml (tipo Beroject® III), porque não vem incluída na embalagem do dispositivo; de seguida, localizar a porta de colheita de amostras no cateter e abrir a tampa; retirar todo o ar da seringa antes de adaptar à porta de colheita; pressionar a ponta da seringa através do orifício dentro da porta de colheita para aceder ao interior do cateter; aspirar a quantidade suficiente para análise e de seguida remover a seringa e fechar a tampa da porta de colheita; transferir o conteúdo aspirado para o tubo de colheita de espécime; descartar a seringa para o resíduo do grupo III.

Em suma, os **cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®** devem ter em consideração o seguinte:

- Avaliação da tolerância do doente ao dispositivo;
- Verificação da consistência das fezes e monitorização do estado da pele, evitando o aparecimento de lesões e, que caso surjam, deve ser monitorizada a sua evolução;
- Verificação da correta insuflação do balão através da bolha indicadora de pressão;
- Verificação periódica do correto posicionamento da sonda (observação da linha indicadora de posição em relação ao ânus do doente):
    - Caso a linha indicadora de posição esteja muito longe do ânus, é possível que o cateter tenha saído e o balão possa ser expelido, neste caso, o balão deve ser desinsuflado, o cateter removido e reintroduzido;
    - Caso a linha não esteja visível, a sonda poderá estar muito introduzida. Neste caso, puxar delicadamente a sonda para colocar o balão no assoalho anal. A insuflação do balão também deve ser verificada através da bolha indicadora de pressão;

Elaborado por:	Revisto por:

[redacted]	**Cuidados de enfermagem na incontinência fecal do doente crítico com sonda Flexi Seal®**	**Elaborado em** __/ __/___	**Folha** 9/9
		Revisto em __/ /___	**Edição N.º 1**
		IT.PQ.__.____	

- Mugir a sonda, pelo menos de 8/8 horas, para garantir a sua desobstrução;
- Mudar o saco coletor de fezes sempre que necessário, fechando-o hermeticamente com a tampa que o incorpora e descartar para o resíduo do grupo III;
- Remover ou trocar o sistema após 29 dias de utilização;
- **Registar** no processo:
    - ❖ Data de colocação da sonda;
    - ❖ Quantidade de água utilizada na lavagem;
    - ❖ Avaliação da pele;
    - ❖ Valor e características do débito por turno.

6. Monitorização / avaliação

- Verificar a integridade do dispositivo de controlo da incontinência fecal e garantir a sua funcionalidade;
- Verificar a consistência das fezes e monitorizar o estado da pele;
- Vigiar possíveis complicações: hemorragia retal ou anal e irritação da pele perianal, atonia do esfíncter anal, infeção intestinal, obstrução ou perfuração.

7. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Convatec. (2012). *Guidelines for the Management of Fecal Incontinence with Flexi-Seal™ SIGNAL™ Fecal Management System (FMS)*. Convatec.

Deza, S.D., Blasco,L.M., Cambra, P.R. (2021). Cuidados de enfermería en la incontinencia fecal en el paciente crítico mediante sonda flexi seal®. *Revista Sanitária de Investigación, 2* (3). https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-incontinencia-fecal-en-el-paciente-critico-mediante-sonda-flexi-seal/

Elaborado por:	Revisto por:

ANEXO III: AÇÃO DE FORMAÇÃO "A HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO COMO MEDIDA PREVENTIVA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO. O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?"

Fonte: Intersurgical (2020)

[redacted]

[redacted]

A higiene oral no doente intubado como medida preventiva da Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

O que nos diz a evidência?

Ana Luísa Antunes

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ESSNorteCVP

02 de março de 2023

NOTA INTRODUTÓRIA

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

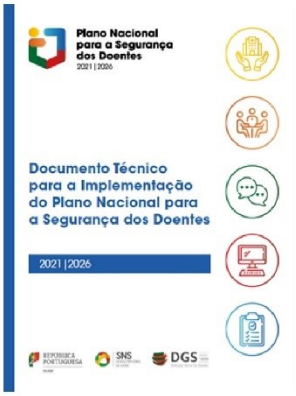
NOTA INTRODUTÓRIA

Pneumonia Associada à Intubação (PAI)

É a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) mais comum que ocorre na unidade de cuidados intensivos (UCI) e afeta cerca de **9 a 27%** dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI).

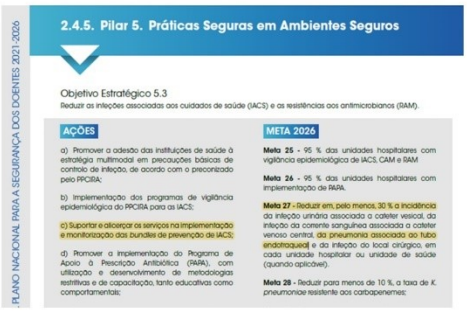
Gomes et al (2022)

NOTA INTRODUTÓRIA



Fonte: Direção-Geral de Saúde (DGS). (2022a). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. DGS. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

NOTA INTRODUTÓRIA



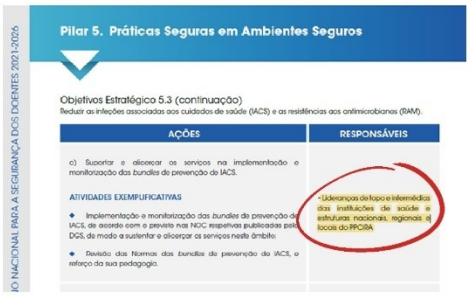
PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2026

2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

Objetivo Estratégico 5.3

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

AÇÕES	META 2026
a) Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;	**Meta 25 -** 95 % das unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM
b) Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;	**Meta 26 -** 95 % das unidades hospitalares com implementação de PAPA.
c) Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS;	**Meta 27 -** Reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada do tubo endotraqueal e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (quando aplicável).
d) Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais;	**Meta 28 -** Reduzir para menos de 10 %, a taxa de *K. pneumoniae* resistente aos carbapenemes;



PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2026

Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

Objetivos Estratégico 5.3 (continuação)

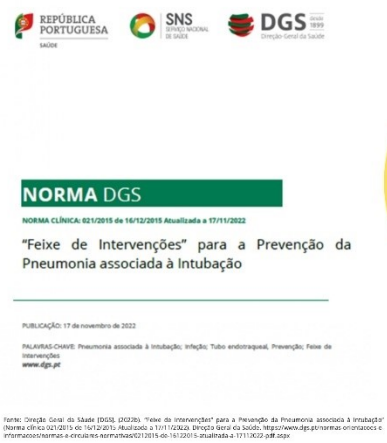
Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

AÇÕES	RESPONSÁVEIS
c) Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS. **ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS** ◆ Implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS, de acordo com o previsto nas NOC respetivas publicadas pela DGS, de modo a sustentar e alicerçar os serviços neste âmbito; ◆ Revisão das Normas das *bundles* de prevenção de IACS, e reforço da sua pedagogia.	•Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde e estruturas nacionais, regionais e locais do PPCIRA

Fonte: Direção-Geral de Saúde (DGS). (2022a). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. DGS. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

---

NOTA INTRODUTÓRIA



REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022

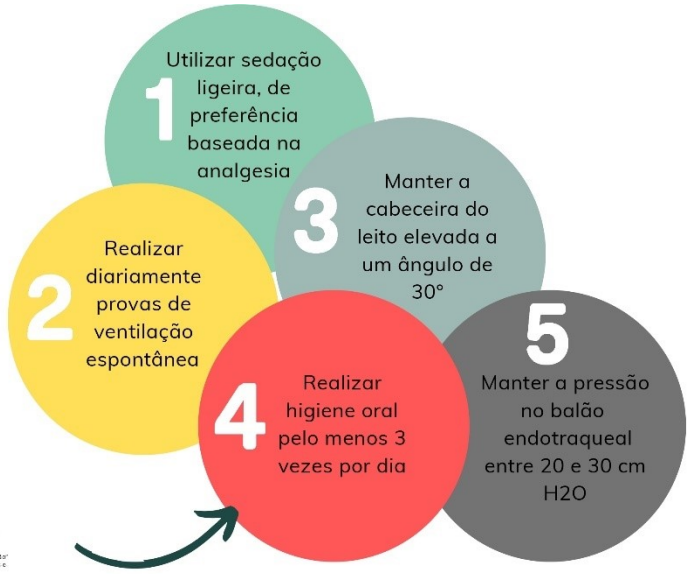
"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

PUBLICAÇÃO: 17 de novembro de 2022

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia associada à Intubação; Infeção; Tubo endotraqueal; Prevenção; Feixe de Intervenções

www.dgs.pt

Fonte: Direção Geral da Saúde (DGS). (2022b). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação" (Norma clínica 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022). Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/021/2015-de-16/2015-atualizada-a-17/11/2022-pdf.aspx



NOTA INTRODUTÓRIA

NORMA DGS

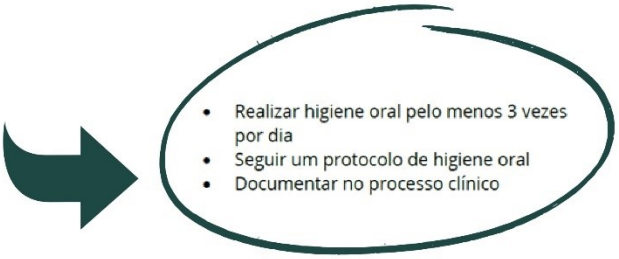
02/2018 de 16 de dezembro
"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

Anexo II – Ações para implementação e melhoria

Quadro 1 - Ações para implementação e melhoria

Ações para implementação e melhoria	
Elementos do feixe de intervenções	**Ações para implementação**
Utilizar sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento (Categoria IA)	• Titular sedação ao mínimo necessário para o tratamento • Formular diariamente um plano de redução ou suspensão de sedação • Discutir a sedação na visita diária • Registar o plano no processo clínico
Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida (PA) e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem a utilização de VNI, e documentar em processo clínico (Categoria IA)	• Formular diariamente um plano de desmame e/ou extubação • Considerar usar VNI pós-extubação • Discutir o plano na visita diária • Registar plano no processo clínico
Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30º, evitando momentos de posição supina, e documentar em processo clínico, assim como a existência de eventuais contraindicações (Categoria I)	• Evitar momentos de posição supina • Incluir o ângulo da cama nas intervenções de enfermagem • Associar o registo do ângulo da cama ao posicionamento do doente
Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que presumivelmente permanecam na UCI mais de 48 horas (Categoria I)	• Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia • Seguir um protocolo de higiene oral • Documentar no processo clínico
Manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H_2O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-a sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h, preferencialmente de forma contínua (Categoria I)	• Garantir existência de cuffímetro na unidade do doente • Manter técnica estéril, incluindo a higiene das mãos e EPI adequado, antes de qualquer manipulação do balão do tubo/cânula • Aspirar as secreções subglóticas antes de manipular o balão do tubo/cânula • Documentar em processo clínico

Fonte: Direção Geral da Saúde (DGS). (2018). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação" (Norma clínica 02/2018 de 16/12/2018. Atualizada a 17/11/2022). Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/02-2018-de-161220-3-atualizada-a-171-2022.pdf.aspx



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A **saliva e o fluido crevicular gengival** proporcionam um ambiente quente e húmido e contém nutrientes, tais como enzimas, proteínas e glicoproteínas ideais para o desenvolvimento de microrganismos.

A saliva contém até 100 milhões de microrganismos por mililitro.

Apesar da densa colonização de microrganismos na cavidade oral, a infeção aguda da mucosa oral é prevenida pelo equilíbrio existente entre a reação imune do hospedeiro e a resposta dos microrganismos orais.

Hof et al (2014)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

BIOFILME

Agrupamento organizado de bactérias aderentes umas às outras, geralmente mais que dois tipos de microrganismos, por uma matriz extracelular

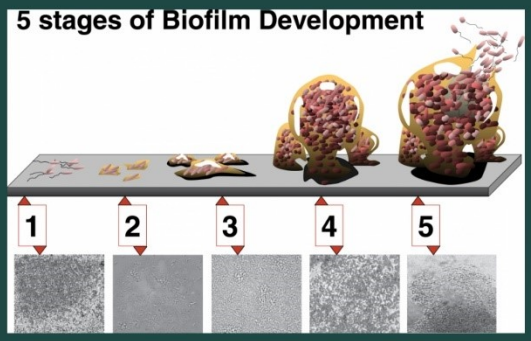
Constitui uma estratégia de proteção de crescimento dos microrganismos, tornando-os cerca de **dez até mil vezes** mais resistentes

Peres et al (2019)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

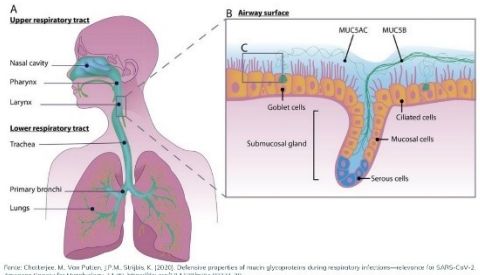
Sherrer & Macron (2016)

1. Adesão inicial
2. Adesão irreversível
3. Desenvolvimento do biofilme
4. Maturação
5. Dispersão



Fonte: Monroe D (2007) Looking for Chinks in the Armor of Bacterial Biofilms. PLoS Biol 5(11): e307. https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0050307

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



Fonte: Chesterjee, M. Van Putten, J.P.M. Strijbis, K. (2020). Defensive properties of mucin glycoproteins during respiratory infections—relevance for SARS-CoV-2. American Society for Microbiology. 11 (6). https://doi.org/10.1128/mBio.02374-20

A cavidade oral tem continuidade com a via aérea superior, tornando a cavidade oral um potencial reservatório de microrganismos patogénicos respiratórios.

Mecanismos de defesa imunitária e mecânica impedem que os microrganismos alcancem a via área inferior.

A <u>mucina</u> produzida pelas células do epitélio das vias aéreas atua como uma primeira barreira protetora do pulmão e mantém a esterilidade da via área inferior e do parênquima pulmonar em doentes saudáveis.

Em caso de comprometimento do sistema imunitário do hospedeiro, infeções virais ou bacterianas surge a infeção da via aérea inferior e do pulmão.

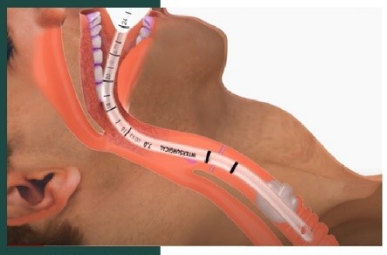
Ridley & Thornton (2018)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presença de um tubo endotraqueal (TET), num doente sob VMI, reduz a imunidade oral e o doente fica mais suscetível a lesões mecânicas da boca e do trato respiratório.

A aspiração de microrganismos orofaríngeos para o lúmen brônquico distal é um dos mecanismos mais importantes no desenvolvimento da PAI.

Modi & Kovacs (2020)



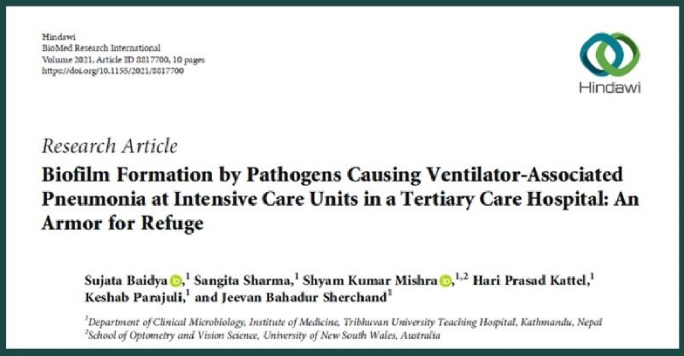
Fonte: Intersurgical (2020)

PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO (PAI)

É definida como uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado ou descanulado há menos de 48 horas.

DGS (2022b)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



Hindawi
BioMed Research International
Volume 2021, Article ID 8817700, 10 pages
https://doi.org/10.1155/2021/8817700

Hindawi

Research Article

Biofilm Formation by Pathogens Causing Ventilator-Associated Pneumonia at Intensive Care Units in a Tertiary Care Hospital: An Armor for Refuge

Sujata Baidya,[1] Sangita Sharma,[1] Shyam Kumar Mishra,[1,2] Hari Prasad Kattel,[1] Keshab Parajuli,[1] and Jeevan Bahadur Sherchand[1]

[1]*Department of Clinical Microbiology, Institute of Medicine, Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu, Nepal*
[2]*School of Optometry and Vision Science, University of New South Wales, Australia*

Baidya, S., Sharma, S., Mishra, S. K., Kattel, H. P., Parajuli, K., & Sherchand, J. B. (2021) Biofilm Formation by Pathogens Causing Ventilator-Associated Pneumonia at Intensive Care Units in a Tertiary Care Hospital: Na Armor for Refuge. BioMed Research International. https://doi.org/10.1155/2021/8817700

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

BioMed Research International 5

Table 3: Biofilm production by the organisms isolated.

Organism isolated	Biofilm		Total
	Nonproducer	Producer	
P. aeruginosa	8 (11.3%)	14 (19.7%)	22 (31.0%)
Acinetobacter calcoaceticus baumannii complex	5 (7.0%)	7 (9.9%)	12 (16.9%)
Klebsiella pneumoniae	5 (7.0%)	7 (9.9%)	12 (16.9%)
Citrobacter freundii	5 (7.0%)	6 (8.5%)	11 (15.5%)
Citrobacter koseri	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (2.8%)
Escherichia coli	2 (2.8%)	2 (2.8%)	4 (5.6%)
Staphylococcus aureus	3 (4.2%)	2 (2.8%)	5 (7.0%)
Enterococcus faecalis	0	1 (1.4%)	1 (1.4%)
Burkholderia cepacia complex	1 (1.4%)	0	1 (1.4%)
Candida albicans	1 (1.4%)	0	1 (1.4%)
Total	31 (43.7%)	40 (56.3%)	71 (100.0%)

Fonte: Baidya, S., Sharma, S., Mishra, S. K., Kattel, H. P., Parajuli, K., & Sherchand, J. B. (2021) Biofilm Formation by Pathogens Causing Ventilator-Associated Pneumonia at Intensive Care Units in a Tertiary Care Hospital: No Armor for Refuge. BioMed Research International. https://doi.org/10.1155/2021/8817700

Este estudo permitiu concluir que as bactérias gram-negativas são responsáveis pelo maior número de pneumonias associadas à intubação.

Baydia et al (2021)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A higiene oral constitui um procedimento vital no doente crítico intubado.

A existência de um procedimento eficaz de higiene oral reduz a incidência da PAI e promove o conforto do doente.

O principal objetivo da higiene oral nos doentes intubados visa diminuir a colonização microbiana na orofaringe e o biofilme dentário, bem como, reduzir a aspiração de saliva contaminada.

Zhao et al (2020)

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Revisão da literatura

Abordagem PICO: Patient (doente), Intervention (intervenção), Comparation (comparação) e Outcome (resultados);

Medical Subject Headings (MeSH): anti-infective agents, local; oral hygiene; intensive care units; pneumonia, ventilator-associated, utilizando-se o conector "AND";

Questão de pesquisa: **"Quais as práticas de higiene oral no doente intubado como medida preventiva da PAI?"**;

A colheita de dados foi realizada no período de 19 de Dezembro de 2022 a 2 de Janeiro de 2023, recorrendo à base de dados Medline (via PubMed);

Critérios de inclusão: horizonte temporal de 2018-2022, publicações com acesso a texto integral, publicados em inglês, espanhol e português;

De um total de 55 artigos encontrados, apenas 9 foram de encontro à questão de investigação após a leitura do título e resumo, tendo estes sido incluídos no estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos incluídos no estudo

Nº	Ano	Autores	Título
1	2018	Atashi, V., Yousefi, H., Mahjobipoor, H., Bekhradi, R., & Yazdannik, A.	Effect of oral care program on prevention of ventilator associated pneumonia in intensive care unit patients: A randomized controlled trial
2	2019	Camargo, L., Silva, S. N., & Chambrone, L.	Effect of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review
3	2019	Grealy, B., Johansson, L., & Coyer, F.	Principles and practice of critical care: Chapter 5 essential nursing care of the critically ill patient. In Aitken, L., Marshall, A., & Chaboyer, W. (4ª Ed). Critical Care Nursing 4E.
4	2019	Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M. , Marinho, V. C. C., & Jeroncic, A.	Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (review)
5	2021	Collins, T., Plowright, C., Gibson, V., Stayt, L., Clarke, S., Caisley, J., Watkins, C. H., Hodges, E., Leaver, G., Leyland, S., McCready, P., Millin, S., Platten, J., Scallon, M., Tipene, P., & Wilcox, G.	British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units
6	2021	Dale, C. M., Rose, L. , Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fanddy, E., Amaral, A. C. K. B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H.	Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial.
7	2021	Grover, V., Mahendra, J, Gopalakrishnan, D. & Jain, A.	Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth: A systematic review
8	2021	Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H.V., & Hua, F.	Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia
9	2022	Klompas, M. , Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M.	Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

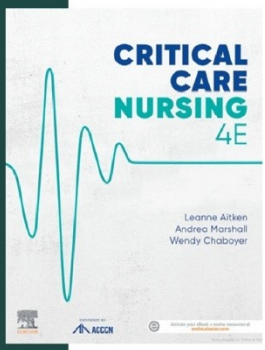
1 - Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

2 - Qual o agente de limpeza e a solução recomendada na higiene oral do doente intubado?

3 - Qual a técnica a utilizar para uma higiene oral eficaz do doente intubado?

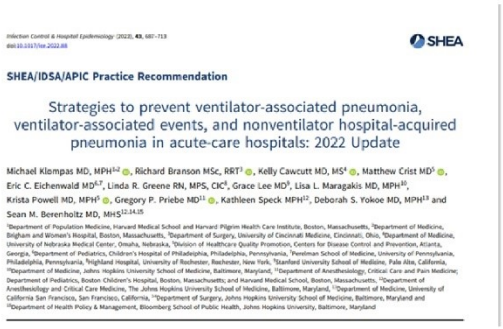
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?



Grealy, B., Johansson, L., & Coyer, F. (2019). Principles and practice of critical care: Chapter 5 essential nursing care of the critically ill patient. In Aitken, L., Marshall, A., & Chaboyer, W. (4ª Ed). Critical Care Nursing 4E. (pp 110-112). Australian College of Critical Care Nurses.

Collins, T., Plowright, C., Gibson, V., Stoyt, L., Clarke, S., Cawley, J., Watkins, C. H., Hodges, F., Leaver, G., Leyland, S., McCreadY, P., Millin, S., Plotten, J., Scallon, M., Tipene, P., & Wilcox, G. (2021). British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units. Nursing in Critical Care, 26(4), 224-233. https://doi.org/10.1111/nicc.12570



Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology, 43, 687–713. https://doi.org/10.1017/ice.2022.88

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

Received: 1 March 2019 | Revised: 15 April 2019 | Accepted: 1 May 2019
DOI: 10.1111/jre.12668

MINI REVIEW

WILEY

Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review

Luiz de Camargo[1] | Silvana Nunes da Silva[1] | Leandro Chambrone[1,2]

Camargo, L., Silva, S. N., & Chambrone, L. (2019). Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. Journal of Periodontal Research, 54(6), 601-611. https://doi.org/10.1111/jre.12668

Revisão sistemática da literatura publicada em 2019

Incluiu 12 Ensaios Clínicos Randomizados (ECR)

Objetivo: Avaliar se o uso de escova comparada com outras medidas de higiene oral, nomeadamente o uso de esponja, pode reduzir o risco de desenvolver PAI, nas unidades de cuidados intensivos

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

Received: 1 March 2019 | Revised: 15 April 2019 | Accepted: 1 May 2019
DOI: 10.1111/jre.12668

MINI REVIEW

WILEY

Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review

Luiz de Camargo[1] | Silvana Nunes da Silva[1] | Leandro Chambrone[1,2]

Camargo, L., Silva, S. N., & Chambrone, L. (2019). Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. Journal of Periodontal Research, 54(6), 601-611. https://doi.org/10.1111/jre.12668

Principais resultados:

Sete ECR (58,3%) encontraram vantagens da higienização oral com escova de dentes em comparação com o uso apenas da esponja, como a remoção de maior biofilme dentário, menor colonização oral e respiratória por agentes patogénicos nosocomiais conhecidos, redução do crescimento de bactérias orofaríngeas ou redução da duração da ventilação mecânica (VM);

É recomendado a limpeza e hidratação da boca e dos lábios com esponjas a cada 2 a 4 horas (fortemente recomendado).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

ORIGINAL

Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial

Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fonddy, E., Amaral, A. C. K. B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2021). Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med, 47, 1295–1302. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06475-2

Ensaio Clinico Randomizado (ECR) Controlado aplicado em 6 UCI de adultos, em 3260 doentes em VMI, num período de 14 meses (dezembro de 2017 até janeiro de 2019)

Objetivo: Avaliar se a implementação da higiene oral com o uso de escova, aspiração oral e hidratação regular dos lábios e boca, sem o uso da clorexidina, pode contribuir para a redução da mortalidade dos doentes sob ventilação mecânica.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

ORIGINAL

Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial

Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fonddy, E., Amaral, A. C. K. B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2021). Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med, 47, 1295–1302. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06475-2

Neste estudo introduziram a escovagem dos dentes como uma componente essencial, e não opcional, na higiene oral dos doentes internados em UCI

Realizaram a avaliação oral duas vezes ao dia (manhã e à noite) utilizando a escala Beck Oral Assessment Score (BOAS) modified;

A escovagem dos dentes era realizada duas vezes ao dia, de manhã e à noite; a hidratação da boca e dos lábios e a aspiração adicional das secreções era realizada 4 vezes ao dia;

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

Principais resultados:

Table 2 Adjusted primary and secondary trial outcomes

	Control, *n* (%)	Intervention, *n* (%)	Estimate[a], (95% CI)	*P* value
ICU mortality group, *N*	1555	1691		
ICU mortality[b]	330 (21.2)	399 (23.5)	1.13 (0.82 to 1.54)	0.46
IVAC group, *N*	947	987		
IVAC,[b]	24 (2.5)	48 (4.8)	1.06 (0.44 to 2.57)	0.90
BOAS group, *N*	154	182		
BOAS mean score (SD)[c]	11.24 (3.2)	10.47 (3.2)	−0.96 (1.75 to −0.17)	0.02
BOAS categorized				
No dysfunction (5)	8 (5.0)	6 (3.1)		
Mild dysfunction (6–10)	50 (32.5)	86 (47.2)		
Moderate dysfunction (11–15)	80 (51.9)	78 (42.8)		
Severe dysfunction (16–20)	16 (10.4)	12 (6.5)		
CPOT group, *N*	154	184		
CPOT mean score (SD)	2.32 (1.9)	2.27 (1.9)	1.62 (0.91 to 2.91)	0.10
CPOT categorized[c]				
<3	77 (50)	106 (57.6)		
≥ 3	77 (50)	78 (42.3)		
Time to extubation group (survivors), *N*	1061	994		
Time to extubation, median, days (IQR[b] (SD)	2 (1–5)	2 (1–5)	1.03 (0.85 to 1.23)	0.79

BOAS Beck Oral Health Assessment Score, CPOT Critical-Care Pain Observational Tool, ICU Intensive Care Unit, IQR interquartile range, IVAC infection-related ventilator-associated, SD standard deviation

[a] Odds ratios for ICU mortality and CPOT dichotomized. Hazard ratio for IVAC and beta coefficient (change in average BOAS score in the intervention group vs control)

[b] *P* value based on an analysis that adjusts for age, sex, predicted mortality based on APACHE, operative status as well as secular trends and clustering of patients within ICU

[c] *P* values based on analysis adjusting for age, sex, admission category and number of tubes as well as the repeated measures per patient

Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fanddy, E., Amaral, A. C. K. B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2021). Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med. 47, 1295–1302. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06475-2

- A disfunção oral reduziu 2 pontos
- Não houve qualquer efeito na mortalidade dos doentes
- A nível da incidência da PAI os resultados foram semelhantes.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os acessórios recomendados na higiene oral do doente intubado?

A EVIDÊNCIA MOSTRA O SEGUINTE:	AUTORES:
Está recomendado escovar os dentes com uma escova pediátrica (pequena) e macia de forma a remover a placa bacteriana	Camargo et al, 2019; Grealy et al, 2019; Dale et al, 2021; Collins et al, 2021; Klompas et al, 2022
Utilizar a **aspiração** para remover as secreções e os detritos após a escovagem. Se disponível, utilizar uma escova de dentes com aspiração incorporada para remover os detritos e secreções em simultâneo à limpeza (a um passo). Descartar após a utilização.	Camargo et al, 2019; Grealy et al, 2019; Dale et al, 2021, Collins et al, 2021; Klompas et al, 2022
Está recomendada entre as escovagens a utilização de uma **esponja para a limpeza e a hidratação da cavidade oral**, de preferência com aspiração incorporada de forma a remover os resíduos e as secreções em simultâneo. Descartar após a utilização	Camargo et al, 2019; Grealy et al, 2019; Dale et al, 2021, Collins et al, 2021; Klompas et al, 2022
Após a limpeza está recomendado **hidratar a cavidade oral e os lábios com um hidratante adicional** (saliva artificial, lubrificante)	Camargo et al, 2019; Dale et al, 2021; Collins et al, 2021; Klompas et al, 2022

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Pasta dentífrica fluorada:

Há evidências limitadas para sugerir a pasta dentífrica fluorada na redução da carga bacteriana na cavidade oral, no entanto, **está recomendada como agente de limpeza na remoção dos resíduos e o flúor contribui para a prevenção da cárie dentária** (Grealy et al, 2019; Walsh et al, 2019; Collins et al, 2021)

Caso seja usada pasta dentífrica no doente intubado está **recomendada a remoção total após a escovagem** para evitar secar a mucosa oral (Grealy et al, 2019; Walsh et al, 2019; Collins et al, 2021)

Os doentes intubados podem beneficiar de uma **pasta dentífrica que produza menor espuma,** isenta do surfactante Lauril Sulfato de Sódio (Grealy et al, 2019; Collins et al, 2021).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Pasta dentífrica fluorada:

Revisão sistemática da literatura da Cochrane Library, publicada em 2019, onde foram incluídos **96 ensaios clínicos randomizados** (ECR)

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (Review)

Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncic A

Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M., Marinho, V. C. C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3

Objetivo: determinar e comparar os efeitos de diferentes concentrações de pasta fluorada na prevenção das caries das crianças, adolescentes e adultos comparados com o uso de pasta sem fluor

Permitiu concluir que nos adultos de todas as idades, a pasta dentífrica com 1.000 ou 1.100 ppm reduziu a cárie em comparação com a pasta dentífrica sem flúor (3 ECR com 2675 participantes). A escovagem foi realizada duas vezes ao dia durante 2 minutos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Colutório oral:

Os métodos mecânicos de controlo do biofilme dentário, como a escovagem dos dentes, são eficazes na manutenção da higiene oral, mas insuficientes para a remoção completa da placa bacteriana, especialmente nas áreas mais inacessíveis da cavidade oral (Grover et al, 2020; Collins et al, 2021).

Como complemento à escovagem dentária está recomendado a utilização de uma solução química oral, como um colutório antimicrobiano, com o objetivo de reduzir significativamente a carga microbiana oral total, principalmente em indivíduos com imunidade oral diminuída (Grover et al, 2020; Collins et al, 2021).

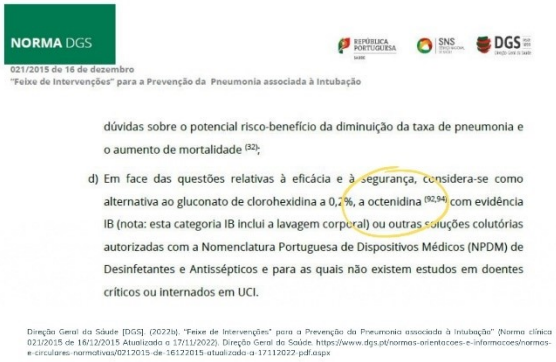
As mais recentes recomendações de prevenção da PAI desaconselham o uso de clorohexidina na higiene oral do doente intubado por estar associada ao aumento da taxa de mortalidade (Collins et al, 2021; DGS, 2022b; Klompas et al, 2022).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Colutório oral:

A DGS recomenda o uso da Octenidina como uma das soluções colutórias a utilizar na higiene oral dos doentes intubados em alternativa ao gluconato de clorohexidina a 0.2%:



NORMA DGS

021/2015 de 16 de dezembro

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

dúvidas sobre o potencial risco-benefício da diminuição da taxa de pneumonia e o aumento de mortalidade [32];

d) Em face das questões relativas à eficácia e à segurança, considera-se como alternativa ao gluconato de clorohexidina a 0,2%, a octenidina [92,94] com evidência IB (nota: esta categoria IB inclui a lavagem corporal) ou outras soluções colutórias autorizadas com a Nomenclatura Portuguesa de Dispositivos Médicos (NPDM) de Desinfetantes e Antissépticos e para as quais não existem estudos em doentes críticos ou internados em UCI.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022b). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação" (Norma clínica 021/2015 de 16/12/2015 Atualizado a 17/11/2022). Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizado-a-17112022-pdf.aspx

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Colutório oral:

Como funciona o dicloridrato de octenidina (OCT)?

A OCT é um composto tensioativo catiónico antimicrobiano desenvolvido nos anos 80 no Sterling-Winthrop Research Institute, em Nova Iorque. Esta substância **perturba a membrana celular dos fungos, bactérias e leveduras através da forte aderência aos componentes lipídicos e liga-se negativamente às superfícies microbianas** (Grover et al, 2021);

A literatura mostra que a absorção sistémica da Octenidina é insignificante após a administração oral, atua num **intervalo amplo de PH (1,6 a 12,2)** e é eliminada principalmente nas fezes (Grover et al, 2021);

A dosagem de Octenidina a 0.1% é a dosagem aprovada para a manutenção da higiene oral em pré e pós operatórios de cirurgia oral, no tratamento gengival e na halitose (Grover et al, 2021);

A literatura é limitada em relação ao uso da OCT na higiene oral nos doentes intubados como medida de prevenção da PAI. Mais estudos são necessários nesta área específica.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Colutório oral:

Received: 14 July 2020 | Revised: 5 December 2020 | Accepted: 8 December 2020
DOI: 10.1002/cre2.386

REVIEW ARTICLE

Clinical and Experimental Dental Research WILEY

Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth: A systematic review

Vishakha Grover[1] | Jaideep Mahendra[2] | Dharmrajan Gopalakrishnan[3] | Ashish Jain[1]

Grover, V., Mahendra, J., Gopalakrishnan, D. & Jain, A. (2021). Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth: A systematic review. Clinical and Experimental Dental Research, 7(4), 450–464. https://doi.org/10.1002%2Fcre2.386

Esta revisão sistemática da literatura incluiu ensaios clínicos randomizados (ECR) e foi publicada em 2021.

Objetivo: determinar a eficácia do colutório de OCT na formação da placa bacteriana, na gengivite e no crescimento microbiano oral.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

Colutório oral:

Received: 14 July 2020 | Revised: 5 December 2020 | Accepted: 8 December 2020
DOI: 10.1002/cre2.386

REVIEW ARTICLE — Clinical and Experimental Dental Research — WILEY

Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth: A systematic review

Vishakha Grover[1] | Jaideep Mahendra[2] | Dharmrajan Gopalakrishnan[3] | Ashish Jain[1]

Grover, V., Mahendra, J., Gopalakrishnan, D. & Jain, A. (2021). Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth: A systematic review. Clinical and Experimental Dental Research, 7(4), 450-464. https://doi.org/10.1002%2fcre2.386

Principais resultados:

- A OCT a 0.1%, usada 2 ou 3 vezes ao dia, com bochechos durante 30 segundos, foi considerada um **agente eficaz contra a placa bacteriana**, reduzindo-a até 93%;
- A OCT a 0,1% reduziu a gengivite até 68%;
- A **atividade antimicrobiana da OCT a 0,1% mostrou-se mais eficaz** que a clorexidina, o cloridrato de acriflavina, o cloreto de cetilpiridínio e o peróxido de hidrogénio na redução da atividade aeróbia oral e no crescimento bacteriano;
- O uso do colutório OCT 0,1% **resultou em benefícios adicionais** como a eliminação completa de espécies atípicas de microrganismos orais e a diminuição do aparecimento de manchas brancas nos dentes;

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2. Qual o agente de limpeza e a solução recomendado na higiene oral do doente intubado?

A EVIDÊNCIA MOSTRA O SEGUINTE:	AUTORES:
Pasta dentífrica com 1.000 ou 1.100 ppm de flúor	Grealy et al, 2019; Walsh et al, 2019; Collins et al, 2021,
Enxaguar a boca com um colutório antissético após a escovagem dos dentes ou nos intervalos da escovagem em combinação com os outros cuidados orais intermédios (hidratação) pode reduzir o risco de desenvolver PAI	Grealy et al, 2019; Collins et al, 2021; Klompas et al, 2022
A OCT poderá estar aconselhada na higiene oral e revelou ser mais eficaz na remoção da placa bacteriana comparada com outras soluções com o enxaguamento da cavidade oral 2 ou 3 vezes ao dia	DGS, 2022; Grover et al, 2021

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3. Qual a técnica a utilizar para uma higiene oral eficaz do doente intubado?

PROCEDIMENTO:

Realizar a avaliação da cavidade oral (língua, lábios, dentes, gengivas, saliva e palato) até 6h após a admissão, utilizando uma ferramenta padronizada de avaliação e documentar no processo	Escovar os dentes com uma escova pediátrica pequena e macia com pasta dentífrica fluorada sem espuma. Se possível usar uma escova de dentes com aspiração incorporada. Escovar os dentes pelo menos 3 vezes ao dia durante 2 minutos	Caso o TET tenha aspiração subglótica está recomendado a aspiração dos fluidos e das secreções
Na ausência de contra indicação, elevar e manter a cabeceira a 30°	Escovar a língua suavemente com a escova de modo a remover o biofilme. Descartar a escova após utilização	A esponja oral está recomendada para hidratar os lábios e a cavidade oral, entre as escovagens, a cada 2 a 4 horas. Humedecer a esponja em água estéril imediatamente antes de utilizar e descartar no final
Certificar-se que o TET está bem fixo e na posição correta	Enxaguar a cavidade oral com água estéril após a escovagem dos dentes com uma seringa de baixo volume (5 ml) de modo a remover a pasta de dentes e os detritos da boca e aspirar	Hidratar frequentemente os lábios e a cavidade oral com um hidratante adicional (saliva artificial, lubrificante)
Manter a pressão do Cuff entre 20-30 cm de H2O	Enxaguar a boca com um colutório antissético após a escovagem e de seguida aspirar	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Atashi, V., Yousefi, H., Mahjobipoor, H., Bekhradi, R., & Yazdannik, A. (2018). Effect of oral care program on prevention of ventilatorassociated pneumonia in intensive care unit patients: A randomized controlled trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 23(6), 486-490. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_164_17

Baidya, S., Sharma, S., Mishra, S. K., Kattel, H. P., Parajuli, K., & Sherchand, J. B. (2021) Biofilm Formation by Pathogens Causing Ventilator-Associated Pneumonia at Intensive Care Units in a Tertiary Care Hospital: No Armor for Refuge. BioMed Research International. https://doi.org/10.1155/2021/8817700

Buterakos, R., Jenkins, P.M., Cranford, J., Hoake, R. S., Maxson, M., Moon J., Rice B., & Sachwani-Daswani, G. (2022). An in-depth look at ventilator-associated pneumonia in trauma patients and efforts to increase bundle compliance, education and documentation in a surgical trauma critical care unit. American journal of Infection Control, 50(12), 1333-1338. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.029

Camargo, L., Silva, S. N., & Chambrone, L. (2019). Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. Journal of Periodontal Research, 54(6), 601-611. https://doi.org/10.1111/jre.12668

Carvalho, A. C. P., Ribeiro, R. A. C., Zago, S., & Bonnas, D. S. (2019). Formação e resistência do biofilme microbiano em indústrias processadoras de alimentos. Enciclopédia Biosfera, 16(30), 311-325. DOI: 10.18677/EnciBio_2019B31

Collins, T., Plowright, C., Gibson, V., Stayt, L., Clarke, S., Caisley, J., Watkins, C. H., Hodges, E., Leaver, G., Leyland, S., McCready, P., Millin, S., Platten, J., Scallon, M., Tipene, P., & Wilcox, G. (2021). British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units. Nursing in Critical Care, 26(4), 224-233. https://doi.org/10.1111/nicc.12570

Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fanddy, E., Amaral, A. C. K. B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2021). Efect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): a multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med, 47, 1295–1302. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06475-2

Direção- Geral de Saúde [DGS]. (2022a). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. DGS. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022b). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação" (Norma clínica 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022). Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx

Gomes, G. D., Santos, J. M. M., Gomes, B. K. G. ., Pereira, V. S. ., Dias, A. C. A. ., Vieira, H. A. L. . , Santos , . B. E. ., Fernandes , I. C. V. ., Torres, F. G. S., & Coutinho , G. G. (2022). Pneumonia associated with mechanical ventilation in intensive care units. Research, Society and Development, 11(10), 1-7. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32422

Gonçalves, S. C. M. & Carmo, T. I. G. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. Enfermeria: Cuidados Humanizados, 11 (1). https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746

Grealy, B., Johansson, L., & Coyer, F. (2019). Principles and practice of critical care: Chapter 5 essential nursing care of the critically ill patient. In Aitken, L., Marshall, A., & Chaboyer, W. (4° Ed). Critical Care Nursing 4E. (pp 110-111). Australian College of Critical Care Nurses.

Grover, V., Mahendra, J., Gopalakrishnan, D. & Jain, A. (2021). Effect of octenidine mouthwash on plaque, gingivitis, and oral microbial growth; A systematic review. Clinical and Experimental Dental Research, 7(4), 450–464. https://doi.org/10.1002%2Fcre2.386

Gupta, A., Gupta, A., Singh, T. K., Saxsena, A. (2016). Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated intensive care unit patients. Saudi Journal of Anaesthesia, 10(1), 95–97. https://doi.org/10.4103%2F1658-354X.169484

Hof, W. V., Veerman, E. C., Amerongen, A.V. N., & Ligtenberg, A.J. (2014). Antimicrobial defense systems in saliva. Monogr Oral Sci, 24, 40–51. https://doi.org/10.1159/000358783

Modi, A. R., & Kovacs, C. S. (2020). Hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: diagnosis, management, and prevention. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 87(10), 633-639. https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19117

Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. OMS. ISBN 978-92-4-003270-5. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

Pathak, J. L., Yan, Y., Zhang, Q., Wang, L., & Ge, L. (2022). The role of oral microbiome in respiratory health and diseases. Respiratory Medicine, 185. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106475

Peres, M. A. , Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarniza-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. Lancet, 394(10194), 249–260. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8

Ridley, C., & Thornton, D. J. (2018). Mucins: the frontline defence of the lung. Biochemical Society Transactions, 46(5), 1099-1106. https://doi.org/10.1042/bst20170402

Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M. , Marinho, V. C. C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3

Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology, 43, 687–713. https://doi.org/10.1017/ice.2022.88

Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H.V., & Hua, F. (2021). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Library, 12(12). https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4

Fonte: Intersurgical (2020)

[redacted]

[redacted]

A higiene oral no doente intubado como medida preventiva da Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

O que nos diz a evidência?

Ana Luísa Antunes
3789@essnortecvp.pt

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ESSNorteCVP

02 de março de 2023

ANEXO IV: CERTIFICADO DE 2º PRÉMIO ATRIBUÍDO AO POSTER "A HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO COMO MEDIDA PREVENTIVA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO. O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?"

Certificado

Certifica-se que Ana Luísa Antunes, Carla Ribeiro, apresentaram a ***Comunicação Livre em forma de Poster, A HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO COMO MEDIDA PREVENTIVA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO. O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA?***, no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2023, que se realizou On-Line, nos dias 30 e 31 de março de 2023.**

Obteve o 2º Prémio.

Porto, 03 de abril de 2023

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

ANEXO V: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "PROCEDIMENTO DE HIGIENE ORAL NO DOENTE INTUBADO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS"

CEMI '23

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço Medicina Intensiva I Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica -

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Luísa Filipe Martins Antunes

com o cartão de cidadão nº 11565351, apresentou uma Comunicação Livre na modalidade de **Comunicação Oral**, com o título: "**Procedimento de higiene oral no doente intubado em contexto de cuidados intensivos**", integrado no **Congresso de Enfermagem Intensiva**, que se realizou na Coimbra Business School, nos dias **23 e 24 de março de 2023**.

Foi coautor(a) deste trabalho: Fernanda Príncipe.

Coimbra, 24 de março de 2023

Enfª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Enfª Emília Torres
Presidente Comissão Científica

Enfª Rosa Meneses
Presidente Comissão Executiva

Entidade Promotora

Patrocinadores Científicos

ANEXO VI: CERTIFICADO DE COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO DE ENFERMAGEM INTENSIVA CEMI23

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço Medicina Intensiva I Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica -

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Luísa Antunes

com o cartão de cidadão nº 11565351, integrou a **Comissão Organizadora** do **Congresso de Enfermagem Intensiva**, que se realizou no CHUC, ESEnfC e Coimbra Business School, nos dias **22, 23 e 24 de março de 2023**, com um total de 14 horas de formação.

Coimbra, 24 de março de 2023

Enfª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Enfª Emília Torres
Presidente Comissão Científica

Enfª Rosa Meneses
Presidente Comissão Executiva

Entidade Promotora

Patrocinadores Científicos

ANEXO VII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE SEGURANÇA DO DOENTE NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS"

Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral "*Notificação de Eventos de Segurança do Doente na Perspetiva dos Enfermeiros*"** da autoria de Ana Luísa Antunes, Fernanda Príncipe, Liliana Mota e Liliana Santos foi apresentada por **Ana Luísa Antunes** na "*VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração*" realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ANEXO VIII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "CULTURA DE SEGURANÇA: A COMUNICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS"

Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral** ***"Cultura de Segurança: a Comunicação de Eventos Adversos na Perspetiva dos Enfermeiros"*** da autoria de Liliana Patrícia Moreira dos Santos, Liliana Andreia Neves da Mota, Ana Luísa Antunes e Fernanda Príncipe foi apresentada por **Liliana Patrícia Moreira dos Santos** na "*VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração*" realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Unidade de Investigação & Desenvolvimento

ANEXO IX: CERTIFICADO DO WORKSHOP "PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW"

Certificado

Certifica-se que

Ana Luísa Filipe Martins Antunes

Frequentou o ***workshop*** **"Protocolo de Scoping Review",** inserido na **"***VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração*", realizado no dia 19 de abril de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no horário das 9h às 13h, num total de **4 h**oras de formação.

Oliveira de Azeméis, 19 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

ANEXO X: CERTIFICADO DO WORKSHOP "ESCRITA CIENTÍFICA DE ARTIGOS"

Certificado

Certifica-se que

Ana Luísa Filipe Martins Antunes

Frequentou o ***workshop*** **"Escrita Científica de Artigos",** inserido na **"***VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração*", realizado no dia 19 de abril de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no horário das 9h às 13h, num total de **4 h**oras de formação.

Oliveira de Azeméis, 19 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

ANEXO XI: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: A APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A RESPOSTA AO ERRO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS"

CERTIFICADO

Certifica-se que

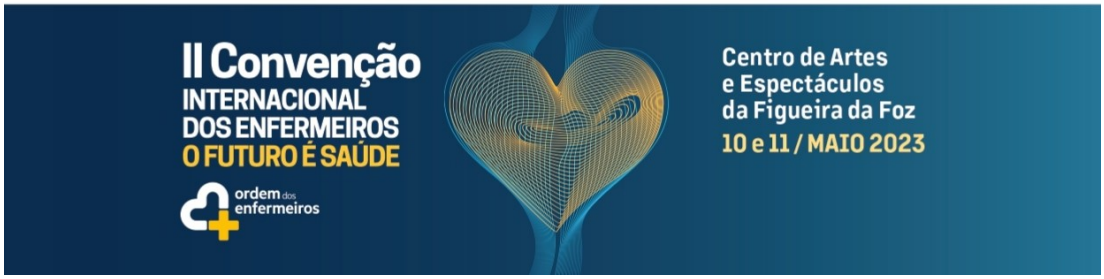
Ana Antunes

apresentou o trabalho intitulado "**CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: A APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A RESPOSTA AO ERRO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS**", no formato de **Comunicação Oral**, que teve como autor/autores Ana Antunes,Fernanda Príncipe; Liliana Mota; Liliana Santos na **II Convenção Internacional dos Enfermeiros**, que se realizou nos dias **10 e 11 de maio de 2023**, com duração total de 12 horas, no **Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz.**

Figueira da Foz, 11 de maio de 2023

Ana Rita Pedroso Cavaco
Presidente da II Convenção
Internacional dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica da
II Convenção Internacional dos Enfermeiros



ANEXO XII: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL "PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM DOIS CENTROS HOSPITALARES DE PORTUGAL"

CERTIFICADO

Certifica-se que

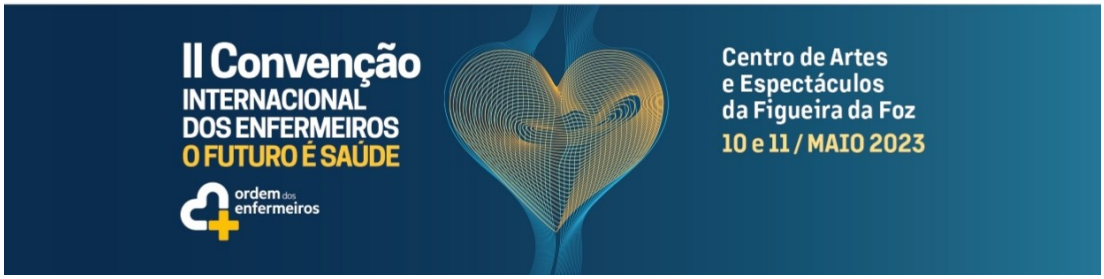
Liliana Santos

apresentou o trabalho intitulado "**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM DOIS CENTROS HOSPITALARES DE PORTUGAL**", no formato de **Comunicação Oral**, que teve como autor/autores Liliana Santos,Liliana Mota; 3- Ana Luísa Antunes; 4- Fernanda Príncipe na **II Convenção Internacional dos Enfermeiros**, que se realizou nos dias **10 e 11 de maio de 2023**, com duração total de 12 horas, no **Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz.**

Figueira da Foz, 11 de maio de 2023

Ana Rita Pedroso Cavaco
Presidente da II Convenção
Internacional dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica da
II Convenção Internacional dos Enfermeiros



ANEXO XIII: FORMULÁRIO DIGITAL SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE NO HOSPITAL (VERSÃO 2.0)

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

Convidamo-lo a participar num estudo de investigação que tem como objetivo descrever a cultura de segurança do doente hospitalizado percecionada pelos profissionais.
O instrumento de recolha de dados é o questionário Hospitalar Survey on Patient Safety Culture - SOPS®, Versão 2.0, da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), traduzido do Inglês com autorização da AHRQ, em outubro de 2022. Este projeto pretende também contribuir para um estudo mais alargado da validação deste questionário para a população portuguesa.
As questões deverão ser respondidas individualmente, não existindo respostas certas ou erradas. É importante que responda a todas as questões de forma espontânea.
O questionário é anónimo e não identificável. Apenas os investigadores acedem às respostas ao questionário. Ao responder ao questionário está a dar o seu consentimento explícito para a participação no estudo.

Dúvida/Questões: 3789@essnortecvp.pt

Grata pela Colaboração!
Ana Luísa Antunes

Iniciar o questionário

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

(Traduzido do inglês com autorização da Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] dos Estados Unidos)

Este questionário pede-lhe que deixe a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro médico e reporte de eventos no seu hospital. Levará sensivelmente entre 10 a 15 minutos a responder.

Se uma questão não se aplicar a si ou ao seu hospital, ou não souber a resposta, por favor assinale "Não se aplica ou não sei."

- A "**segurança do doente**" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

- Um "**evento de segurança do doente**" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco ou incidente relacionado com os cuidados de saúde, independentemente de resultar ou não em danos para o doente.

* Obrigatório

Categoria Profissional

1. Qual a sua categoria neste hospital?
   Selecione UMA resposta. *

- ◯ **[Enfermeiro]** Enfermeiro Especialista e Gestor
- ◯ **[Enfermeiro]** Enfermeiro Gestor
- ◯ **[Enfermeiro]** Enfermeiro Especialista
- ◯ **[Enfermeiro]** Enfermeiro
- ◯ **[Médico]** Médico Assistente Graduado Sénior
- ◯ **[Médico]** Médico Assistente Graduado
- ◯ **[Médico]** Médico Assistente
- ◯ **[Médico]** Médico Interno
- ◯ **[Outra categoria]** Dietista
- ◯ **[Outra categoria]** Farmacêutico, Técnico de Farmácia
- ◯ **[Outra categoria]** Terapeuta Ocupacional ou da Fala
- ◯ **[Outra categoria]** Psicólogo
- ◯ **[Outra categoria]** Fisioterapeuta
- ◯ **[Outra categoria]** Assistente Social
- ◯ **[Outra categoria]** Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (ex., ECG, Radiologia...)
- ◯ **[Supervisor, Gestor, Diretor Clínico, Diretor Executivo]** Supervisor, Gestor, Gestor de Departamento, Diretor Clínico, Administrador
- ◯ **[Supervisor, Gestor, Diretor Clínico, Diretor Executivo]** Diretor Executivo
- ◯ **[Apoio]** Instalações
- ◯ **[Apoio]** Serviços de Alimentação
- ◯ **[Apoio]** Limpeza, Serviços Ambientais
- ◯ **[Apoio]** Tecnologias da Informação, Serviços de Informação em Saúde, Informática Clínica
- ◯ **[Apoio]** Segurança
- ◯ **[Apoio]** Transportes
- ◯ **[Apoio]** Administrativo, Secretariado, Rececionista
- ◯ **Outra:**

Seguinte

2. Por favor especifique:

Introduza a sua resposta

3. Pense no seu "serviço" como a unidade de trabalho, departamento ou área clínica do hospital na qual passa *a maior parte do seu horário de trabalho.* Qual o serviço onde trabalha?
Selecione UMA resposta.
*

- Muitos serviços diferentes. Sem serviço específico
- Serviços Médicos e Cirúrgicos
- Serviços Médicos não cirúrgicos
- Serviço de Cirurgia
- Cardiologia
- Serviço de Urgência, Observação, Curta Estadia
- Gastroenterologia
- UCI (Adultos)
- Trabalho de parto, Parto, Obstetrícia e Ginecologia
- Oncologia, Hematologia
- Pediatria (incluindo UCIN, UCIP)
- Psiquiatria, Saúde Comportamental
- Pneumologia
- Medicina Física e de Reabilitação
- Telemetria
- Anestesiologia
- Endoscopia, Colonoscopia
- Pré Operatório, Bloco Operatório ,UCPA/Pós e Peri Operatório
- Patologia, Laboratórios
- Farmácia
- Radiologia, Imagem
- Terapia Respiratória
- Serviços Sociais, Gestão, Planeamento da Alta
- Administração/Gestão
- Serviços Financeiros, Contabilidade
- Recursos Humanos, Formação
- Tecnologias da Informação, Gestão de Informação em Saúde, Informática Clínica
- Qualidade, Gestão do Risco, Segurança do Doente
- Admissão/Registo

- ◯ Serviços de Alimentação ou Nutrição
- ◯ Limpeza, Serviços Ambientais, Instalações
- ◯ Serviços de Segurança
- ◯ Transportes
- ◯ Outra

Seguinte

Nunca revele a sua palavra-passe. Denunciar abuso

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECÇÃO A

O Seu Serviço/Unidade de Trabalho

5. Indique se concorda ou discorda com as seguintes informações acerca do seu serviço/ unidade de trabalho.
Pense no seu serviço/unidade de trabalho: *

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1- Neste serviço, trabalhamos em conjunto como uma equipa eficaz	◯	◯	◯	◯	◯	◯
2- Neste serviço, temos profissionais suficientes para assegurar a carga de trabalho	◯	◯	◯	◯	◯	◯
3- Os profissionais deste serviço trabalham horas a mais, o que pode afetar o cuidado ao doente	◯	◯	◯	◯	◯	◯

4- Este serviço revê com regularidade os procedimentos, para determinar se são necessárias mudanças para melhorar a segurança do doente	○	○	○	○	○	○
5- Este serviço, depende em demasia de profissionais temporários, em mobilidade interna ou prestadores de serviços	○	○	○	○	○	○
6- Neste serviço, os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	○	○	○	○	○	○
7- Neste serviço, quando um evento é reportado parece que é a pessoa que está a ser advertida e não o problema em si	○	○	○	○	○	○
8- Nos momentos de maior carga trabalho, os profissionais deste serviço entreajudam-se	○	○	○	○	○	○
9- Existe um problema com comportamentos de falta de respeito pelos profissionais que trabalham neste serviço	○	○	○	○	○	○

10- Quando os profissionais cometem erros, este serviço preocupa-se mais em aprender do que culpar os indivíduos	○	○	○	○	○	○
11- O ritmo de trabalho neste serviço é tão elevado que afeta negativamente a segurança do doente	○	○	○	○	○	○
12- Neste serviço, as mudanças para melhorar a segurança do doente são avaliadas quanto à sua eficácia	○	○	○	○	○	○
13- Neste serviço, há falta de apoio para com os profissionais envolvidos em erros de segurança do doente	○	○	○	○	○	○
14- Este serviço, permite que os mesmos problemas com a segurança do	○	○	○	○	○	○

Relatorio de estágio

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECÇÃO B

O seu Supervisor, Gestor ou Diretor Clínico

6. Indique se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor, gestor ou diretor clínico. *

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1- O meu supervisor, gestor ou diretor clínico leva em consideração as sugestões dos profissionais	○	○	○	○	○	○

2- O meu supervisor, gestor ou diretor clínico quer que trabalhemos mais depressa nos momentos de maior carga de trabalho, mesmo que isso signifique ultrapassar determinadas ações	○	○	○	○	○	○
3- O meu supervisor, gestor ou diretor clínico toma ações no âmbito da segurança do doente nas situações que lhe são reportadas.	○	○	○	○	○	○

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECÇÃO C

Comunicação

7. Com que frequência estas situações acontecem no seu serviço/unidade de trabalho?
(Pense no seu serviço/ unidade de trabalho)
*

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Não se aplica ou não sei
1- Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço	○	○	○	○	○
2- Quando ocorrem erros neste serviço, discutimos formas de prevenção de repetição de erros	○	○	○	○	○
3- Neste serviço, somos informados sobre as mudanças que ocorrem, com base nos eventos reportados	○	○	○	○	○

4- Neste serviço, os profissionais falam abertamente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente	○	○	○	○	○
5- Os profissionais deste serviço falam abertamente se virem alguém com maior autoridade fazer algo que coloque em causa a segurança do doente	○	○	○	○	○
deste serviço falam abertamente, os que têm maior autoridade estão disponíveis para as questões centradas na segurança do doente	○	○	○	○	○
7- Neste serviço, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar correto	○	○	○	○	○

Anterior Seguinte

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECÇÃO D

Relatórios de Eventos relacionados com a Segurança do Doente

8. Com que frequência estas situações acontecem no seu serviço/unidade de trabalho? (Pense no seu serviço/ unidade de trabalho) *

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica ou não sei
1- Quando um erro é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?	○	○	○	○	○	○
2- Quando um erro atinge o doente e poderia ter causado dano, mas isso não acontece, com que frequência é reportado?	○	○	○	○	○	○

9. Nos últimos 12 meses, quantos eventos de segurança do doente reportou? *

- ○ Nenhum
- ○ 1 a 2
- ○ 3 a 5
- ○ 6 a 10
- ○ 11 ou mais

Anterior | Seguinte

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECÇÃO E

Classificação da Segurança do Doente

10. Como classificaria o seu serviço/unidade de trabalho em relação à segurança do doente? *

	Fraco	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
	○	○	○	○	○

Anterior | Seguinte

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

SECCÃO F

O seu hospital

11. Indique se concorda ou discorda com as seguintes informações acerca do seu hospital *

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1- As ações da gestão hospitalar mostram que a segurança do doente é uma prioridade	○	○	○	○	○	○
hospitalar proporciona os recursos adequados à melhoria da segurança do doente	○	○	○	○	○	○
3- A gestão hospitalar parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso	○	○	○	○	○	○
4- Ao transferir o doente de um serviço para outro, é omitida informação importante	○	○	○	○	○	○

5- Durante as mudanças de turno, é omitida informação importante sobre os cuidados ao doente	○	○	○	○	○	○
6- Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para a partilha da informação relevante sobre os cuidados ao doente	○	○	○	○	○	○

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

* Obrigatório

Questões Gerais

12. Há quanto tempo trabalha neste hospital? *

- ○ Menos de 1 ano
- ○ 1 a 5 anos
- ○ 6 a 10 anos
- ○ 11 ou mais anos

13. Neste hospital, há quanto tempo trabalha no seu serviço/unidade de trabalho? *

- ○ Menos de 1 ano
- ○ 1 a 5 anos
- ○ 6 a 10 anos
- ○ 11 ou mais anos

14. Habitualmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital? *

- ○ Menos de 30 horas por semana
- ○ 30 a 40 horas por semana
- ○ Mais de 40 horas por semana

15. Na categoria em que trabalha, habitualmente interage ou tem contacto direto com doentes? *

- ◯ **SIM**, normalmente interajo ou contacto diretamente com doentes
- ◯ **NÃO**, normalmente não interajo nem contacto diretamente com doentes

Anterior | Seguinte

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

Comentários

16. Deixe os seus comentários acerca daquilo que se faz ou poderia ser feito no seu hospital que possa afetar a segurança do doente.

Introduza a sua resposta

Anterior | Submeter

ANEXO XIV: AUTORIZAÇÃO FORMAL DA AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY

Gmail [redacted]

RE: Fwd: Authorization for the translation of the Survey on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey 2.0 CRM:00730360

1 mensagem

Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com> 27 de outubro de 2022 às 19:48
Para: "[redacted]m>
Cc: "H[redacted].gov>

Dear Ana Antunes,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Mr. Howard Holland, Director, AHRQ's Office of Communications. We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital 2.0 Survey on Patient Safety Culture into Portuguese. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa in Portugal. We understand that this survey will be administered in multiple hospitals in Portugal. For each copy of the survey you administer, AHRQ requests that the survey contain the statement: "Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality." All reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture™. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA.
https://www.ahrq.gov/sops/index.html

Additionally, you may find it helpful to review the Information for Translators and Translation Guidelines document, available on the AHRQ Web site: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/Translation-Guidelines-SOPS-090222.pdf. This documents provides translation guidelines and information about the intended meaning of the survey items, in order to help you develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Mr. Holland (copied on this email).

Sincerely,
Aisha Marsono

****
AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®)Technical Assistance
Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850
phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates, news, and events and select "Surveys on Patient Safety Culture" under Quality and Safety topics: https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new

How are we doing? To help us assess the quality of technical assistance we provide, we are asking that you please answer a brief questionnaire about the technical assistance you received from your recent inquiry about SOPS. Your participation in this questionnaire is voluntary. Your responses will be confidential and only reported in the aggregate. The questionnaire should take no more than a minute or two.

Thank you for your feedback! Click here to take the questionnaire: https://www.research.net/r/XZYYX3F

ANEXO XV: PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR

[redacted]

UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	06/16/12/2022
Designação	Pedido de autorização, para desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: "Cultura de segurança do doente hospitalizado: perceção dos profissionais". Estudo descritivo, que pretende avaliar a cultura de segurança do doente hospitalizado.
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s	Ana Luísa Filipe Martins Antunes.
Data do documento	02 Dezembro de 2022
Data de Entrada na CES	12 Dezembro de 2022
Data de Deliberação CES	16 Dezembro de 2022

Analisado, o pedido de autorização, para desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: "Cultura de segurança do doente hospitalizado: perceção dos profissionais". Estudo descritivo, que pretende avaliar a cultura de segurança do doente hospitalizado. *Os dados serão recolhidos através da aplicação do questionário Hospitalar Survey on Patient Safety Culture – SOPS, versão 2.0 autorizado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),* a todos os colaboradores com vínculo contratual ao [redacted], a desenvolver pela ***enfermeira Ana Luísa Filipe Martins Antunes., esta CES deliberou, que o mesmo não envolve doentes,*** pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e ***portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.***

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 16/12/2022

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. [redacted]

AUTORIZADO

Reunião: 21.12.2022

Av. Rei D. Duarte – 3504 509 VISEU Tel.: 232 420 500 - extensão:11317 Fax:232 420 591 Correio eletrónico: etica@hstviseu

ANEXO XVI: ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS COMENTÁRIOS DOS PARTICIPANTES

Código	Comentário	Dimensão da CSD e atribuída
P2	*"Desenvolvimento de **cursos,** preferencialmente online na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador;* *Desenvolvimento e implementação de um **plano** de sensibilização, **dirigido aos doentes, famílias e cuidadores, sobre a relevância da segurança nos cuidados** de saúde, articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P10	*"Promover mais **ações de formação** tendo o doente como elemento central, nas várias vertentes... Segurança, ética"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P17	*"Parabéns pela pertinência da investigação. Era importante **existirem auditorias externas à qualidade e segurança do doente** e cumprimento das normas, massificação **da plataforma notifica**/ sistemas de proteção de quem notifica."*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P20	*"Prescrição médica oral, sem concretização na tabela terapêutica, **ritmo rápido de trabalho** por **carga elevada de funções**"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P25	*"Mais ações **de formação** com interação com os profissionais e **perceber os reais problemas de cada serviço** e não tanta propaganda em cartazes e fliers"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P28	*"Cumprimento dos **horários de trabalho**"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P30	*"Melhorar as **instalações físicas"***	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P34	*"Implementar formalmente um **gabinete de gestão de risco** em que estivessem colaboradores de várias profissões em tempo dedicado"*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P53	*"Melhorar o **número de enfermeiros** e auxiliares. A administração conhecer e inteirar-se no terreno dos reais problemas dos profissionais. De quando em vez estar presente nas reuniões de serviço e inteirar-se dos anseios e propostas dos trabalhadores."*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho 9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P55	*"Os utentes em geral têm pouca literacia hospitalar daí que e para além de virem sempre acompanhados, deveria **haver informações claras e precisas** no que diz respeito ao acesso aos diversos serviços. Os profissionais também deveriam ser **instruídos** no sentido de todos terem acesso á mesma informação"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P57	*"**Formação** obrigatória periódica, incentivos, envolvimento das equipas."*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua

P58	*"No meu serviço existe um corredor onde os doentes que aguardam para efetuar exames, ficam sozinhos e sem apoio de assistentes ou enfermagem. E não é a primeira nem a segunda vez que ao sairmos da sala de exames encontramos **doentes caídos** das macas e cadeiras etc"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente
P59	*"Ter um **sistema de reporte de incidentes** que permita a confidencialidade, **formação** de todos os profissionais na área de segurança do doente, melhorar a cultura de segurança"*	8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P61	*"Reforço de **recursos humanos** como Assistentes Operacionais. Excesso de carga horária"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P63	*"Ajuste do **rácio** enfermeiro doente. Aumento das horas de descanso dos profissionais. **Equipamento** adequado. F**ormação** frequente sobre a segurança do doente e do profissional de saúde."*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 2. Equipa e Ritmo de Trabalho 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P77	*"Trabalhar **no desenvolvimento** de **uma cultura de segurança."***	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P80	*"Segurança do doente, não é só quando ele está numa maca ou cadeira e possa cair. A meu ver também temos que ter atenção quando um **doente pode abandonar** ou sair sem permissão."*	8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente
P85	*"**Angariar mais colaboradores** de prestação direta de cuidados (assistentes operacionais e enfermeiros);**existir serviço de limpeza nos turnos da** tarde recolha de lixos independente dos Assistentes Operacionais); O **serviço de alimentação necessita de melhorias** no funcionamento. Funcionários deixam alimentação sem regra nenhuma de segurança; Transporte de camas feito por duas pessoas de forma **a não comprometer a segurança física** tanto do profissional como do utente.*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P86	*"Aumento de **número de profissionais** por turno"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P89	*"O número de exames desnecessários com **recurso a radiações ionizantes** é absurdo. É um dano invisível do qual os administradores não querem saber."*	8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente 7. Abertura na Comunicação
P92	*"Muitas vezes **amarram o doente para segurança dele** mas ficam muito agressivos"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P97	*"Deveria haver **formação** sobre esta temática, mais específica por áreas profissionais."*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P102	*"Melhor **equipamento** (macas e cadeiras de rodas) "*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente

P106	*"Melhorar e modernizar os espaços afetos ao doente**. Instalações e equipamentos** velhos e degradados, por vezes sem as condições mínimas para acolher doentes. Manter e melhorar **a formação** nesta área e com carater obrigatório e anual."*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P107	*"Na minha perspetiva, há muitos dias, em que o **número de doentes /tratamento**s agendados **é tão elevado** que põe em risco a segurança do doente"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P108	*"**Grades de proteção** em quase todas as camas"*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P111	*"Nas zonas de duche dos doentes poderiam ser substituídas todas as bases de chuveiro, **retirar barreira existente-risco de queda** e torneiras de duche por torneiras misturadoras risco de queimaduras e queda; adquirir mais e mais adequado **materia**l de prevenção de lesões por pressão; **atualizar/adequar procedimentos** às boas práticas e contextos"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P112	*" Há problemas recorrentes nas **dotações seguras**"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P114	*"Discussão de casos clínicos complexos planeados e também **debriefing** de casos novidade ou que não tenham corrido tão bem quanto se esperava"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P115	*"Mais **formação e reuniões de avaliação** de situações reais"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P117	*"Doentes com infeções respiratórias **não deveriam ser internados na mesma unidade juntamente com doentes** de outras especialidades, nomeadamente com doentes de hematologia, nefrologia e gastrenterologia**. Aumentar os recursos humanos** especialmente enfermeiros e assistentes operacionais para se prestarem cuidados de saúde com mais qualidade"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P119	*"Nos turnos da tarde dos dias úteis, no meu serviço, **é necessário estarem 2 auxiliares**. Para que se possa fazer um trabalho humanizado e com cuidado."*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P122	*"**Adquirir um equipamento** de eletroencefalografia para a UCIP destinado aos doentes neurocríticos de modo a estes não terem de "andar a circular" em maca de pelos corredores, elevadores, com os equipamentos médicos acoplados (p.e.: ventiladores, monitores, bombas infusoras, Kit de emergência, bala de oxigénio), acompanhados de enfermeiro, auxiliar e por vezes de um médico e ainda cruzarem- se com doentes comuns (desde crianças a idosos, o até à sala onde se realiza o EEG. Depois*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente

	pelo menos um enfermeiro tem de estar presente durante toda a realização do EEG e no fim do mesmo, tem de ser feita a deslocação do doente de igual modo até à UCIP"	
P126	*"Bastava **ouvirem as preocupações** dos profissionais"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P128	*"As camas manuais são obsoletas tanto para os cuidados à pessoa acamada como para o manuseamento das mesmas, nas idas ao BO, por exemplo. E a acrescentar a estes fatos, a postura Ergonómica do profissional de saúde fica muito aquém do desejado, precisamente por as camas não permitirem o melhor e o correto posicionamento do profissional de saúde no cuidar a pessoa! **Camas automatizadas** são desejáveis com urgência..."*	9. Apoio da Gestão Hospitalar na Segurança do Doente
P133	*"Toda a equipa demonstra muito cuidado com os utentes, quer a **nível de controlo das infeções quer a nível de prevenção de quedas/acidentes** durante o processo de reabilitação. Existe um **esforço contínuo para minimizar todos os fatores que possam pôr em risco o utente."***	1. Trabalho em Equipa 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P136	*"Maior **formação** e maior **número de enfermeiros**"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P138	*"O meu serviço é direcionado para a segurança do doente. São elaborados **os procedimentos, auditorias, folhetos informativos**, etc."*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P143	*"Deveria haver mais **estratégias para evitar quedas** dos doentes das camas, apesar de todos os cuidados que se tem ainda continuam acontecer quedas"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente 8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente
P146	*"**Poucos auxiliares** para que a parte da desinfeção possa ser feita adequadamente"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho
P147	*"Começar a **valorizar a higiene do serviço** que é fraca e por vezes inexistente"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P148	*"**Formar o chefe de serviço** em gestão e aplicação da lei"*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P152	*"Mais rigor com a **higienização**, aumentar o **número de auxiliares** no serviço"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho

		5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P154	*"**Dotações seguras**. Mais **formação** e mais supervisão em relação a postura dos enfermeiros supervisão ou em gestão"*	2. Equipa e Ritmo de Trabalho 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P159	*"Podíamos melhorar muitas coisas se tivéssemos um **chefe que assistisse às nossas passagens de turno**. Deveríamos **implementar protocolos,** pois temos muito poucos, e os que temos deveriam ser revistos"*	5. Apoio do Supervisor/Gestor/ Diretor Clinico na Segurança do Doente
P173	*"Sistema d**e notificação** e **formação**"*	8. Notificação de Eventos de Segurança do Doente 3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua
P177	*"O **erro deveria ser reportado e debatido com mais frequência** e analisados todos os pormenores associados. Em seguida, estudadas mudanças e implementadas. Nunca esquecendo que o **foco está no problema e não na(s) pessoa(s**) interveniente(s), mantendo o respeito pelos sentimentos."*	3. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua 4. Resposta ao Erro 6. Comunicação acerca do Erro