

◆ Artigo Original

Prevenção da pneumonia nosocomial não associada ao ventilador

Prevención de la neumonía nosocomial no asociada con el ventilador

Prevention of nosocomial pneumonia not associated with the fan

Armando Sousa¹; Dino Fernandes²; Mara Calaçã³; Pedro Temtem⁴; Sílvia Correia⁵; Sónia Fernandes⁶; Tânia Lourenço⁷; Vítor Henriques⁸

¹ RN, MSc, CNS, PhD Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, CIDNUR, Centro de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

² RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

³ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁴ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁵ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁶ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

⁷ RN, MSc, PHD, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

⁸ RN, Pós-Graduado em Gestão de Serviços de Saúde, Lar Bela Vista, ASCS

Corresponding Author: adsousa@esesicluny.pt

RESUMO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) ou infecção nosocomial é reconhecida mundialmente como um grave problema de saúde pública. Segundo o Grupo Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) em 2017, Portugal apresentou 7,8% de doentes com IACS (GCPPCIRA, 2018). Na Região Autónoma da Madeira (RAM), a taxa de prevalência de infecção hospitalar em 2017, era de 8,3%, sendo que 26,9% correspondem a prevalência da infecção do trato respiratório inferior.

A pneumonia nosocomial não associada à ventilação mecânica, tem vindo a ser referenciada como uma causa importante de mortalidade. O objetivo deste projeto é reduzir este tipo de pneumonia em 50% na RAM, num período de quatro anos. A intervenção projetada, vai ao encontro das medidas preventivas – bundles, preconizadas internacionalmente, recorrendo há estratégia de planeamento, implementação e coordenação, focado na formação e sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos, e no acompanhamento contínuo, com vista à obtenção dos resultados.

Palavras Chave: Pneumonia Associada a Assistência à Saúde Pneumonia; Gestão de Mudança; Segurança do Paciente; Enfermeiro; Médico.

ABSTRACT

Health Care Associated Infection (HAI) or nosocomial infection is recognized worldwide as a serious public health problem. In Portugal, the percentage of patients with HAI was 7.8% in 2017, according to the Coordination Group of the Program for the Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance (GCPPCIRA, 2018). In the Autonomous Region of Madeira (RAM), the prevalence rate of hospital infection was 8.3%, with 26.9% corresponding to the prevalence of lower respiratory tract infection.

Lately, an increasing significance has been attributed to the prevention of nosocomial pneumonia not associated with mechanical ventilation, which is an important cause of mortality. The aim of this project is to reduce this type of pneumonia by

50% in RAM, over the course of four year. Interventions were created based on sets of prevention measures, bundles, which will be applied in a coordinated manner through the awareness and training of the professionals involved and subject to continuous monitoring, with a view to obtaining results and improving the care provided.

KEYWORDS: Healthcare-Associated Pneumonia; Change Management; Patient Safety; Nurse; Physicians

INTRODUÇÃO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) ou infecção nosocomial é uma infecção adquirida pelos doentes decorrente dos cuidados e procedimentos de saúde que lhe são prestados, podendo, do mesmo modo, afetar os profissionais de saúde que os prestam (DGS, 2020). Nas últimas décadas tem sido valorizado esta problemática da infecção associada aos cuidados de saúde, e segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças, estima-se que ocorra anualmente mais de 2,6 milhões de novos casos de infecções associadas aos cuidados de saúde na Europa, responsável por uma elevada mortalidade e morbidade, associado a elevados custos (Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducombe, T. et al., 2016). A World Health Organization (WHO) traçou diretrizes para programas de prevenção e controlo das IACS, enaltecendo o impacto positivo relativamente ao custo/benefício quando comparado com os custos causados pela IACS (WHO, 2016). Além dos benefícios económicos, existem ganhos em saúde populacional, e a redução da mortalidade e da morbidade (Arefian, Vogel, Kwetkat, & Hartmann, 2016).

Os tipos mais comuns de infecções associadas aos cuidados de saúde são: pneumonia, infecções do foro cirúrgico, infecções do trato urinário, infecções gastrointestinais e infecções da corrente sanguínea (Donaldson L., Ricciardi W., Sheridan S. & Tartaglia R., 2021). A pneumonia nosocomial é amplamente documentada, geralmente associada à ventilação mecânica e são causas importantes de mortalidade, apesar das melhorias na prevenção, terapêutica antimicrobiana e cuidados de suporte (Klompas, Calandra, & Singer, 2018). É um problema atual que faz parte da nossa realidade profissional e define-se como uma inflamação aguda dos pulmões causada por infecção, que se desenvolve pelo menos 48h após a hospitalização (Zaragoza R., Vidal-Cortés P., Aguilar G., Borges M. et al., 2020).

Os projetos preveem uma mudança, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e para a segurança dos utentes, sendo um empreendimento temporário levado a efeito com objetivo de produzir um produto, serviço ou resultado final (Miguel A. 2019)

Conscientes da pertinência desta problemática, e excluindo a pneumonia associada à ventilação mecânica, o presente projeto tem como objetivo geral, reduzir a pneumonia associada aos cuidados de saúde em 50% num período de quatro anos. Os objetivos específicos foram divididos em estruturais, de processo e de resultados. Os estruturais são: envolver os diferentes elementos da cadeia hierárquica no projeto; operacionalizar o serviço quanto aos recursos humanos e materiais necessários. Os objetivos de processo são:

identificar a percentagem de IACS atual nos serviços e seus fatores que contribuem para o seu aumento; alcançar em 80% a adesão da equipa multidisciplinar às medidas de intervenção formativas relativamente às boas práticas (bundles necessários à mudança na prática clínica). E os objetivos de resultados são: identificar menos de 25% de notas de não conformidade nas auditorias; atingir uma adesão superior a 95% em todas as bundles inseridas no pacote de mudanças para prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde, não relacionada com o ventilador.

IDENTIFICAÇÃO, DESCRIÇÃO E DIMENSÃO DO PROBLEMA

A WHO reconhece que as IACS impedem o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (WHO, 2016). Estudos internacionais revelam que aproximadamente um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados de saúde são evitáveis (DGS, 2007).

Segundo o inquérito de prevalência das IACS realizado nos Estados Unidos em 2014, num total de 11.282 doentes, 504 apresentaram uma ou mais infeções associadas aos cuidados de saúde, correspondendo a 4,5%. Destaque-se que, destas infeções, a mais comum foi a pneumonia não associada ao ventilador, com 21.8% (Magill et al., 2014).

Em 2015, realizou-se um novo estudo com uma amostra superior, tendo se verificado, uma redução do número de IACS, especificamente nas infeções cirúrgicas e do trato urinário, mantendo-se os valores relativamente às infeções por pneumonia e gastrointestinais (Magill et al., 2018). Segundo o autor, devem ser adotadas estratégias de combate à pneumonia nosocomial e às infeções gastrointestinais (Magill et al., 2014; Magill et al., 2018).

Num estudo de incidência dos IACS na Europa realizado entre 2011-2012, que comparou as IACS e a *disability-adjusted life years* (DALYs), que representa o tempo de vida saudável perdido, constatou-se que, a cada ano ocorram mais de 2,6 mil novos casos de IACS na União Europeia e no Espaço Económico Europeu (UE / EEE) e que a carga cumulativa dos tipos de IACS é de 501 DALYs por 100.000 habitantes em geral a cada ano, o estudo salientou ainda que, os tipos de IACS com maior percentagem foi as infeções por Pneumonia e as infeções na corrente sanguínea representando mais de 60% da carga total, com 169 e 145 DALYs por 100.000 habitantes respetivamente (Cassini et al., 2016).

Em Portugal, segundo os dados do 2º inquérito de prevalência realizado em 2017, onde participaram 125 unidades hospitalares das sete Regiões de Saúde/Regiões Autónomas de Portugal, a percentagem de doentes com IACS era de 7,8%, valor inferior quando comparado com 2012 que obteve 10,8% (PPCIRA, 2018). Na Região Autónoma da Madeira (RAM), de acordo com a mesma fonte, a taxa de prevalência de infeção hospitalar no universo

dos 590 doentes estudados era de 8,3%. A infeção do trato respiratório inferior e as infeções do local cirúrgico surgiram como as mais prevalentes, com 26,9 % cada (PPCIRA, 2018).

A taxa de mortalidade por doenças respiratórias representa a terceira principal causa de morte nos países da União Europeia, num total de 8% das mortes em 2015, das quais, 90% foi entre pessoas com 65 anos ou mais (OECD, 2018). Portugal é um dos países onde mais se morre por pneumonia, cerca de 16 pessoas por dia, e as pneumonias representam cerca de 36% dos internamentos por doenças do foro respiratório, em que 25% dos custos estão associados a estes episódios de internamento (ONDR, 2018). Segundo a mesma fonte, nos últimos 20 anos, a infeção por pneumonia obteve um aumento de 171,1% e a mortalidade por esta infeção cresceu 52,7% (ONDR, 2018).

Na Região Autónoma da Madeira, verificou-se em 2018 uma mortalidade de 313 casos por pneumonia, correspondendo a uma taxa 1.1 % por 100.000 habitantes, superior à taxa em Portugal Continental que é de 0.5% (DREM, 2019).

A causa mais comum deste tipo de infeção é a microaspiração de bactérias que colonizam a orofaringe e as vias respiratórias superiores em doentes com situação clínica grave (Kalil et al., 2016). Embora a pneumonia nosocomial não associada à ventilação, possa ser descrita como menos severa, o agravamento do quadro clínico pode conduzir a taxas de mortalidade similares às provocadas por pneumonia associada a ventiladores mecânicos, (Kalil et al., 2016).

Estima-se que os custos mensais destas infeções, sejam cerca de 7 mil milhões de euros no continente europeu e 6.5 mil milhões de dólares nos EUA, mensalmente (Arefian et al., 2016). Estes custos prendem-se com o prolongamento do internamento podendo ser superior a oito dias (Evans, 2018).

É fundamental a criação de protocolos específicos no combate às IACS que envolvam uma intervenção multifatorial e multiprofissional, recorrendo a indicadores de processo ou *bundles* que permitem aferir a variabilidade na prática clínica, orientando os profissionais para práticas baseadas na evidencia (Tablan, Anderson, & Besser, 2004; Baker & Quinn, 2018).

De salientar que, a maior parte das intervenções que visam a prevenção das infeções adquiridas no decorrer da prestação de cuidados de saúde, incluem a otimização de atitudes profiláticas associadas ao investimento feito na formação dos profissionais de saúde. Estas medidas são mencionadas em diversos estudos como significativamente satisfatórias a nível de eficácia, com resultados económicos comprovados, além de diminuírem a morbilidade e mortalidade associadas a estas infeções (Arefian et al., 2016).

A vigilância epidemiológica (VE) como estratégia preventiva, assenta num conjunto de práticas simples designadas por *Bundles of care* ou *feixes de intervenção*, propostos pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), que consistem num conjunto de intervenções ou

boas práticas, usualmente três e cinco, baseadas na melhor evidência disponível. Quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um resultado com impacto superior ao que teriam se fossem praticadas individualmente. Os exemplos basilares destas Bundles configuram-se na higiene das mãos dos profissionais, na adequada utilização das luvas, na higiene das superfícies no espaço do doente, na paragem da antibioterapia profilática cirúrgica nas 24 horas anteriores à intervenção e a suspensão da antibioterapia aos 7 dias.

OBJETIVOS INICIAIS

Os objetivos são evidenciam o propósito pelo qual se empreende o projeto, descrevendo o resultado pretendido com a elaboração do projeto (Miguel A., 2019). Para a elaboração dos objetivos será utilizado a tríade proposta por Donabedian (1988).

Sendo assim, o objetivo geral pretendido com a elaboração deste projeto é: Reduzir a pneumonia associada aos cuidados de saúde nas unidades selecionadas, em 50% num período de quatro anos. Como objetivos específicos, distribuímos em objetivos estruturais, processo e resultados.

Objetivos Estruturais: **1)** Envolver os diferentes elementos da cadeia hierárquica no projeto; **2)** Operacionalizar o serviço quanto aos recursos humanos e materiais necessários.

Objetivos de Processo: **1)** Identificar a percentagem de IACS atual nos serviços e seus fatores que contribuem para o seu aumento; **2)** Alcançar em 80% a adesão da equipa multidisciplinar às medidas de intervenção formativas relativamente às boas práticas (bundles necessários à mudança na prática clínica)

Objetivos de Resultados: **1)** Identificar menos de 25% de notas de não conformidade nas auditorias; **2)** Atingir uma adesão superior a 95% em todas as bundles inseridas no pacote de mudanças para prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde, não relacionada com o ventilador; **3)** Reduzir a pneumonia associada aos cuidados de saúde nas unidades selecionadas, em 50% num período de quatro anos.

PERCEBER AS CAUSAS

Recorremos ao método de *Brainstorming* para conseguirmos colher informações sobre as causas possíveis da problemática. A análise foi realizada entre os elementos do grupo. Além disso, utilizamos ainda o Diagrama de *Ishikawa*, ferramenta também conhecida como Espinha de Peixe, utilizada para análise causa-efeito do problema identificado (Gomes, 2004). O diagrama de causa-efeito procura chegar à raiz de uma falha de qualidade explorando

causas primárias do problema, causas de causas primárias e assim sucessivamente (Gomes, 2004), tendo sido agrupadas as causas em dimensões.

Identificação das dimensões em estudo

Identificamos quatro dimensões, a Profissional, a Estrutura física, os Recursos materiais e a Gestão dos serviços. Em relação à profissional identificamos a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as estratégias para prevenção da pneumonia nosocomial, desmotivação dos profissionais de saúde, envolvimento insuficiente dos profissionais de saúde com os objetivos da instituição, dificuldade de trabalhar em equipa entre médicos e enfermeiros e dificuldade na comunicação interprofissional. A Estrutura física da instituição é antiga e desadequada ao contexto atual com espaço limitado nas enfermarias. A nível dos recursos materiais subsiste escassez de cadeirões e cadeiras de rodas nos serviços. Quanto à Gestão dos serviços, os recursos humanos são reduzidos para as necessidades, com elevada rotatividade dos profissionais de saúde pelos serviços, fraco envolvimento das chefias, fraca supervisão dos serviços prestados pelos profissionais de saúde e deficiente higienização dos espaços e equipamentos.

Unidades de estudo

A avaliação deste projeto terá como unidades no estudo, todos os indivíduos (≥ 18 anos de idade) internados nos serviços agudos selecionados para a aplicação do projeto e respetivos profissionais de saúde.

Tipos de dados

Neste projeto serão colhidos dados quantitativos, retirados dos indicadores de processo e de resultado.

Fontes de dados

Colheita de dados através da observação direta da prestação de cuidados por um observador (auditor). Análise do processo clínico e de resultados analíticos para validação dos resultados e evitar falsos positivos. Consulta dos dados estatísticos relativos aos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) – infeção nosocomial.

Tipo de avaliação

A avaliação é interna, interpares, através da monitorização de um conjunto de indicadores de resultado e de processo por uma equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros).

Critérios de avaliação

A avaliação consiste numa busca sistemática de resposta sobre as intervenções de desenvolvimento e pode ser efetuada em diferentes momentos ao longo do ciclo do projeto, implicando o processo de recolha, análise, interpretação e divulgação da informação (GAA, 2014).

Após a avaliação do ponto de situação atual relativamente ao foco do projeto (pneumonia nosocomial não associada à ventilação mecânica), através da análise dos resultados apresentados pela GCPPCIRA, e das auditorias de análise efetuadas pela equipa do projeto, serão desenvolvidas as formações de boas práticas, seguido da criação de grelhas de auditorias com os respetivos *bundles* de boas práticas.

Colheita de dados (quem colhe e como)

Os números de processo clínico, sinalizados com o diagnóstico de Pneumonia Nosocomial à entrada ou alta dos serviços que integram o projeto, serão sinalizados e enviado mensalmente essa informação para o gabinete de estatística do Hospital, até ao dia cinco de cada mês. O corpo clínico selecionado para o projeto, irá validar o diagnóstico até ao dia 15 de cada mês, sendo posteriormente divulgado os resultados à equipa multidisciplinar e à linha hierárquica do Hospital (plataforma interna).

As auditorias internas serão realizadas trimestralmente por dois elementos da equipa multidisciplinar selecionada para este projeto, desenvolvidas em turnos e dias destintos, efetuando uma avaliação por equipa clínica. Será promovida uma cultura de eficiência e segurança dos cuidados, juntamente com as ações corretivas, em articulação com a equipa de gestão do Risco Global e com o GCPPCIRA. Após a recolha dos dados, estes serão publicados numa plataforma interna da instituição.

Relação temporal

O projeto terá a duração de quatro anos, produzindo entre 16 a 20 auditorias por ano, o que irá perfazer um total de 64 a 80 auditorias no final do projeto.

Definição da população e seleção da amostra

Este projeto assenta na base populacional constituída por todos os doentes adultos que sejam internados nos serviços de agudos selecionados para o projeto, de um Hospital Central e à equipa multidisciplinar.

Intervenções previstas

As intervenções previstas serão o diagnóstico da situação atual, recorrendo para isso aos dados quanto a taxa de pneumonia nosocomial não relacionada à ventilação disponibilizado pelo risco clínico e GCPPCIRA, será ainda realizada uma avaliação dos cuidados prestados recorrendo a uma grelha de avaliação dos mesmos.

Posteriormente será analisado os resultados, e apresentado na intervenção formativa que será realizada à equipa multidisciplinar, promovendo os princípios dos cuidados baseados na evidência. Serão estabelecidas metas formativas, duas sessões anuais e treino de atuação em simulação clínica (cenários de cuidados).

As auditorias terão lugar após a formação inicial. O envolvimento de toda a equipa multidisciplinar em todo o processo, será a base para o sucesso do projeto, nomeadamente, os auxiliares, enfermeiros, médicos, a linha hierárquica e o próprio utente.

Indicadores de avaliação

Um indicador traduz-se em informação objetiva, representativa e comparável sobre os recursos utilizados e os fins alcançados, permitindo saber quão distante um projeto se encontra dos objetivos e resultados previamente definidos (GAA, 2014), sendo um elemento essencial para aferir a viabilidade de um projeto, pelo que, a identificação e monitorização dos indicadores é fundamental para a execução de um projeto. Foram definidos indicadores de processo e de resultado para avaliação do impacto da mudança, descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores de avaliação do projeto

Tipo de indicador	Designação
Processo	Percentagem atual de doentes com IACS nos serviços selecionados
	Percentagem de profissionais que frequentaram as formações
Resultado	Taxa de infeção por pneumonia não relacionada ao ventilador, associada aos cuidados de saúde no final dos quatro anos.
	Taxa de notas de não conformidade das auditorias aos cuidados prestados.
	Taxa de adesão aos bundles do pacote de mudanças para a prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde não relacionada com o ventilador.

A grelha de avaliação para a observação, irá conter os seguintes itens: se a cabeceira dos utentes mantém um ângulo entre os 30 e 45° ou a 90° (bundle 2); se os doentes aderem à higiene oral pelo menos 2 vezes dia (bundle 3); se os doentes cumprem com o plano de mobilidade, executando levante diário (bundle 4); se os doentes recebem cuidados respiratórios específicos (bundle 5); se administração da alimentação entérica e por via oral é realizada de forma segura (bundle 6); se é cumprido todas as recomendações (2 a 6) da bundle de prevenção da pneumonia nosocomial não associada à ventilação mecânica.

A vigilância epidemiológica (VE), como estratégia, assenta em bundles, isto é, em conjuntos de práticas simples cuja aplicação simultânea define um resultado do tipo tudo-ou-nada, em que este resultado é superior ao obtido pela aplicação individual de cada prática. Deve ser alicerçado na monitorização diária e com o envolvimento total da equipa.

PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

O planeamento envolve um conjunto de atividades projetadas para se atingir um objetivo, e é limitado por um começo e um fim (Tappen, 2005). Há várias ferramentas eficientes que auxiliam o planeamento de um projeto, contudo uma das mais usadas nas organizações de saúde é a análise SWOT que permite a análise estratégica identificando as questões que provavelmente causarão maior impacto relativamente à situação ou organização, conduzindo ao planeamento de ações ajustadas (Huston & Marquis, 2010). Na tabela 2 podemos observar a análise SWOT realizada neste projeto.

Tabela 2 – Análise SWOT

Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A existência da comissão de controlo da infeção hospitalar: grupo PPCIRA na RAM desde 1993; ▪ Existência de elos da PPCIRA em cada serviço – risco clínico; ▪ Implementação institucional de medidas preventivas, como a higiene das mãos; ▪ Experiência em projetos similares – STOP Infeção; ▪ Sensibilização e formação a todos os profissionais das instituições; ▪ Identificação dos agentes infecciosos; ▪ Competência dos profissionais de saúde; ▪ Processo clínico informatizado e integrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estruturas físicas das instituições degradadas e propícias à propagação dos agentes infecciosos; ▪ Carência de recursos humanos e materiais; ▪ Internamentos recorrentes em diferentes unidades de saúde; ▪ Excesso de procedimentos invasivos; ▪ Vulnerabilidade dos doentes; ▪ Terapêutica antibiótica agressiva e imunossupressora; ▪ Tempos de internamento elevados e conseqüente aumento dos custos associados.
Oportunidades (O)	Constrangimentos (T)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidade de sistemas de informação; ▪ Comunicação/articulação entre unidades de saúde; ▪ Interesse do ministério da saúde e instituições de saúde na redução dos IACS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envelhecimento demográfico; ▪ Mortalidade/morbilidade associado a doenças crónicas; ▪ Crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais; ▪ Restrição de contratação de recursos humanos; ▪ Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (por exemplo: COVID, catástrofes naturais, entre outros).
---	--

O planeamento do projeto foi efetuado na íntegra por enfermeiros, mas a execução do mesmo será por enfermeiros e médicos designados em parceria com o GCPPCIRA. A implementação do projeto irá requerer uma grande envolvimento institucional e dos seus profissionais das diversas áreas, pelo que as atividades delineadas em cronograma se concentram nos profissionais de acordo com o seu grau na instituição.

Atividades dirigidas aos gestores institucionais

A apresentação, validação e apoio do GCPPCIRA é fundamental para alcançar o projeto, dado que o conhecimento e experiência permitirão a obtenção dos apoios necessários do conselho de Administração do SESARAM E.P.E. e envolvimento das lideranças técnicas (Direção Clínica e Direção de Enfermagem). Após a validação por parte do GCPPCIRA, o projeto será apresentado ao Conselho de Administração, à Direção Clínica e à Direção de Enfermagem.

Atividades dirigidas aos profissionais

Nesta fase, as atividades irão concentrar-se na nomeação e responsabilização dos colaboradores das equipas que irão integrar o projeto. Cada equipa deverá nomear um enfermeiro para gerir a implementação do projeto na sua equipa. Este enfermeiro irá promover a implementação, aplicando os ciclos de Plan, Do, Study, Act (PDSA) e testando as mudanças de acordo com o diagrama direcionado.

Serão efetuadas diversas apresentações do projeto junto dos profissionais, inicialmente junto dos diretores de serviço e dos enfermeiros gestores e posteriormente nas reuniões médicas e nos serviços junto dos enfermeiros e assistentes operacionais. Nestas apresentações será enfatizado, o objetivo do projeto, a importância do trabalho em equipa, a promoção da cultura de segurança e a estratégia de monitorização.

Mensalmente serão realizadas reuniões com o diretor do serviço, os enfermeiros gestores e com os enfermeiros responsáveis, apresentando os dados do relatório mensal, ouvindo as sugestões e dificuldades das equipas e discutindo estratégias de melhoria. Os líderes que participam nesta reunião deverão transmitir as conclusões e orientações à sua equipa.

O relatório mensal elaborado será enviado igualmente para o conselho de administração, para a direção clínica e para a direção de enfermagem, para promover o seu envolvimento e colaborar na expansão do projeto para toda a instituição.

Serão realizadas visitas de acompanhamento semestrais às equipas envolvidas, pelos líderes do projeto, para promover a discussão de estratégias de melhoria, a recolha das dificuldades, enaltecer os sucessos e aprender com as equipas com melhor desempenho.

VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

A verificação dos resultados será retrospectiva (último mês) realizada pelos médicos e enfermeiros responsáveis pelo projeto, através da análise dos dados publicados na aplicação interna da instituição e da execução de um relatório mensal de acompanhamento.

PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS

Após a análise dos relatórios com os dados tratados, os responsáveis do projeto irão identificar os problemas e propor medidas corretivas aos elementos locais. Nas reuniões multidisciplinares mensais, serão apresentadas as sugestões de melhoria permitindo que os elementos locais coloquem as suas dúvidas e dificuldades na implementação do projeto, potenciando a reformulação das estratégias para a melhoria contínua e potenciando os resultados.

RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

A divulgação dos resultados obtidos será efetuada nas reuniões mensais junto das lideranças das equipas locais e à direções clínicas e conselho de administração sob a forma de um relatório mensal com os principais resultados obtidos. Será potenciada a partilha de experiências e conhecimentos entre as equipas locais com melhores resultados no decorrer da implementação.

No final do projeto será efetuado o relatório final do projeto e será realizado um artigo científico com os dados colhidos no projeto após autorização pela comissão de ética da instituição.

CONCLUSÃO

Em Portugal não é possível saber-se com rigor quantas pessoas morreram devido a infeções contraídas nos hospitais, mas há dados sobre os óbitos associados a este grave problema de saúde pública. São milhares as pessoas que em cada ano morrem devido a este problema, a mortalidade associada a este fenómeno é relevante, mas é impossível separar os óbitos em que a infeção é a causa, daquelas em que este problema está associado à morte. A constatação surge no último relatório “Portugal – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2014”.

A mudança é um processo complexo e desafiante. Depende das pessoas, mas com um planeamento adequado, apoio das lideranças e envolvimento dos profissionais é possível atingir os resultados propostos. A monitorização dos indicadores é essencial para garantir a adesão às mudanças e a implementação do projeto. Além disso, é fundamental a adaptação das atividades às necessidades das equipas envolvidas e a partilha de conhecimentos e experiências das equipas mais bem-sucedidas com as equipas em fase de desenvolvimento do projeto.

As infeções nosocomiais são um problema sério que fazem parte da nossa rotina. É importante diminuir a sua ocorrência, não menos importante é acreditar que é possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arefian, H., Vogel, M., Kwetkat, A. & Hartmann, M. (2016). Economic Evaluation of Interventions for Prevention of Hospital-acquired Infections: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(1). Doi: 10.1371/journal.pone.01463981
- Baker D. & Quinn B. (2018). Hospital Acquired Pneumonia Prevention Initiative-2: Incidence of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. *American Journal of Infection Control* 46(1):2-7. Doi: 10.1016/j.ajic.2017.08.036
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T. et al. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS medicine*, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- DGS (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- DGS (2017). Manual de Standards. Unidade de Gestão Clínica, ME 5 1_07. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Departamento na Qualidade na Saúde. Lisboa Retrieved from <https://docplayer.com.br/88942050-Manual-de-standards-unidades-de->

[gestao-clinica-me-5-1_07-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-departamento-da-qualidade-na-saude.html](#)

- DGS (2020). Documentos e Publicações Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Donabedian A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, New York, 260(12), 1743-1748 <https://doi:10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donaldson L., Ricciardi W., Sheridan S. & Tartaglia R. (2021). *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Switzerland: Springer International Publishing <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>
- DREM (2019). Direção Regional de Estatística da Madeira. Funchal, Madeira, RAM. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/>
- European Centre of Disease Prevention and Control (2013). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Retrieved from <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2013>
- Evans, S. (2018). Could a risk-assessment tool prevent hospital-acquired pneumonia? *British Journal of Nursing*. Vol. 27, No. 7. Doi: 10.12968/bjon.2018.27.7.402
- GAA (2014). Guia de avaliação. *Instituto da Cooperação e da Língua Camões*. Obtido de Gabinete de Avaliação e Auditoria. Retrieved from https://www.oecd.org/derec/portugal/Guia_Avalia%C3%A7%C3%A3o_V01.pdf
- Gomes, P.J.P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. CADERNOS BAD (2). Retrieved from <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/826/825>
- Huston, C. & Marquis, B. L. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e prática* (6ªed). Porto alegre: Artmed Editora.
- Kalil, A. C., Metersky, M. L., Klompas, M., Muscedere, J., Sweeney, D. A., Palmer, L. B., ... Brozek, J. L. (2016). Management of adults with Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 63 (5), e61-111. Retrieved from <https://www.thoracic.org/statements/resources/tb-opi/hap-vap-guidelines-2016.pdf>
- Klompas, M., Calandra, T., & Singer, M. (2018). Antibiotics for Sepsis-Finding the Equilibrium. *JAMA*. 2018;320(14):1433–1434. Doi:10.1001/jama.2018.12179

- Magill, S.S., Edwards, J.R., Stat, M., Bamberg, W., Beldavs, Z. G., Dumyati, G., ... Frindkin, S. K. (2014). Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *The New England Journal of Medicine*. 370(13):1198-1208. Doi: 10.1056/NEJMoa1306801
- Magill, S.S., O'Leary, E., Janelle, S. J., Thompson, D. L., Dumyati, G., Nale, J., ... Edwards, J.R. (2018). Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals. *The New England Journal of Medicine*. 379:1732-1744. Doi: 10.1056/NEJMoa1801550
- Miguel, A. (2019). *Gestão Moderna de Projetos: Melhores Técnicas e Práticas*. (8ªed). Lisboa: FCA.
- OECD (2018). Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2018. State of health in the eu cycle*. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/23056088>
- ONDR (2018). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. 13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2016/2017. Panorama das doenças respiratórias em Portugal. Retrieved from <http://respirarmelhor.pt/relatorio-do-observatorio-nacional-das-doencas-respiratorias-ondr-2018/>
- Tablan, O., Anderson, L., & Besser, R. (2004). Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee deaths. *MMWR Recomm Rep* 26;53(RR-3):1-36. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15048056/>
- Tappen. R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: Conceitos e prática*. (4ªed). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2016). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Geneva: WHO.
- Zaragoza R., Vidal-Cortés P., Aguilar G., Borges M. et al. (2020). Update of the treatment of nosocomial pneumonia in the ICU. *Crit Care* (24)383. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03091-2>